Nr 39 26. września 1937 Rok XVI

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Doc. dr J. LENCZOWSKI. Adiunkt Kliniki. Lwów.

Wpływ wieku i ilości porodów na krwawienia w trzecim okresie porodowym.

Z Kliniki Położniczej i Chorób Kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. dr K. Bocheński.

W omawianiu sprawy wpływu wieku i ilości odbytych porodów na przebieg porodu mało zwracano dotychczas uwagi na wpływ tych czynników, szczególniej na trzeci okres porodowy. Zazwyczaj autorzy, poruszając to zagadnienie, poświęcali mu stosunkowo mało miejsca w porównaniu chociażby z drugim okresem. A poza tym, w piśmiennictwie znajdujemy częste łączenie przypadków fizjologicznych i patologicznych porodów przy omawianiu trzeciego okresu, co wydaje się nam rzeczą niewłaściwą. I dlatego uważamy, że bezstronny sąd w tej sprawie możemy uzyskać dopiero wtedy, gdy uwzględnimy tylko przypadki porodów prawidłowych.

Najwięcej zainteresowania wzbudza sprawa porodu u starszych pierwiastek. Szczególniejszego znaczenia sprawa ta nabrała w czasach obecnie przeżywanych, gdyż ze względu na trudne warunki materialne wiele kobiet wychodzi za mąż w późniejszym wieku. Zdania autorów w tej sprawie są przeważnie zgodne.

Prawie wszyscy podnoszą, że poród u starszych pierwiastek trwa dłużej niż u młodych i że najróżnorodniejsze powikłania w czasie porodu zachodzą u nich częściej w porównaniu z resztą rodzących. W trzecim okresie porodowym, jak podają niektórzy, często występują krwawienia. Według Demanta u każdej piątej rodzącej występuje konieczność ręcznego wydobycia łożyska. W sprawozdaniu Bodego znajdujemy wzmiankę, że u starszych pierwiastek krwawienia poporodowe i zatrzymanie łożyska zdarza się częściej, niż u młodszych. Voron i Brochier na 370 rodzących powyżej 40 lat u 10% zmuszeni byli usuwać łożysko ręcznie. Z dużej statystyki Chmelika obejmującej 1.157 przypadków porodów pierwiastek powyżej 29 lat wynika, że okres łożyskowy u tych rodzących trwał dłużej, a ręczne wydobycie łożyska lub zabieg Crédégo wykonano w 1,4% przypadków.

Codzienne obserwacje na sali porodowej wykazują, że nierzadko poród u starszej pierwiastki przebiega zupełnie prawidłowo, ba, nawet lepiej, niż u niejednej młodszej. Zwrócił na to uwagę L. Mayer. Autor ten słusznie rozróżnia pomiędzy starszymi pierwiastkami takie, które późno zaszły w ciążę, gdyż późno wyszły zamąż, oraz takie, które nie mogły zajść w ciążę. W pierwszej grupie, oczywiście, chodzi o późne zajście w ciążę z powodu spóźnionego życia płciowego, organizm natomiast danej osoby może być zupełnie zdrów. Poród u takich kobiet mało odbiega od normy. Co innego rodzące grupy drugiej. Późne zajście w ciążę u nich zazwyczaj jest wyrazem mniejszej wartościowości ustroju lub nabytych spraw chorobowych. Wchodziłyby tu w grę niedorozwój narządu rodnego, sprawy zapalne itd. Szczególnie słaby rozwój macicy, według Mayera, niekorzystnie wpływa na przebieg porodu. Ze stanowiska już czysto teoretycznego nie można odmówić słuszności uwagom L. Mayera, a praktycznie mieliśmy niejednokrotnie sposobność o tym się przekonać. Ostatnio Föderl na podstawie swojej statystyki w zupełności potwierdza spostrzeżenia L. Mayera. W piśmiennictwie polskim podobne stanowisko zajmuje Jakowicki. Autor ten rozróżnia wśród starych pierwiastek dwa typy: a) typ przypadkowej starej pierwiastki (przeszkoda natury socjalnej do wcześniejszego zamążpójścia lub zajścia w ciążę); b) stare pierwiastki o cechach słabej konstytucji narządu rodnego. Szczególnie niepomyślne rokowanie stwierdził Jakowicki u rodzących typu drugiego. Toteż zupełnie słusznie radzi, aby starsze pierwiastki z niedorozwojem narządu rodnego traktowane były na równi z osobami o znacznym ścieśnieniu miednicy i skierowywane na odbycie porodu do zakładów położniczych.

Stanowisko wyżej wymienionych autorów, rozróżniające, że tak powiemy, pierwiastki zdrowe od chorych zmusza do ponownego rozpatrzenia wpływu starszego wieku na przebieg pierwszego porodu, a tym samym i okresu łożyskowego.

Zastanawiano się również i nad sprawą porodu w wieku młodocianym poniżej 18—20 lat. Zdania są podzielone. Według Kemperdicka, opierającego się na analizie 156 przypadków w wieku od 13—17 lat, poród wprawdzie odbywa się szybciej niż zazwyczaj, ale za to często występuje po porodzie niedowład macicy (w 8,3% przypadków). Inaczej zapatrują się na tę sprawę Bondy i Föderl. Bondy mniema, że najlepszy wiek do rodzenia, to właśnie wiek poniżej dwudziestu lat, gdyż poród odbywa się znacznie szybciej w tym wieku i połączony jest z mniejszymi powikłaniami. To samo twierdzi i Föderl. W jego zestawieniu najkrótszy poród — 13 godzin — wypadł u pierwiastki poniżej 20 lat. Według Jakowickiego optimum wieku dla pierwszego porodu leży poniżej 25 lat.

Jeśli chodzi o wieloródki, to tu również należało by uwzględniać, jak przebiegały poprzednie porody. Dotychczasowe publikacje nie dość jasno przedstawiają tę sprawę. Z tego względu nie można bez zastrzeżeń zgodzić się ze stanowiskiem Robinsona, który rozróżnia między rodzącymi po raz drugi takie, które rodzą w czasie co najmniej 5 lat po porodzie pierwszym i nazywa te wieloródki „starszymi". Według niego poród u rodzących tej kategorii przebiega z większymi powikłaniami, niż u wieloródek rodzących w krótszym czasie niż 5 lat po pierwszym porodzie. W trzecim okresie porodowym u owych starszych wieloródek, według tego autora, często mają występować krwotoki. Do tego zdania dołączył się ostatnio Burger. Otóż w doniesieniach tych brak jest szczegółu co do poprzednich porodów i co do przyczyn tej względnej niepłodności. Bardzo możliwe, oczywiście wypowiadamy to z wszelkimi zastrzeżeniami, że porody poprzednie były powikłane sprawami zapalnymi, utrudniającymi ponowne zajście w ciążę lub też po porodzie prawidłowym wystąpiły choroby mało sprzyjające zajściu w ciążę. Jednym słowem przypuszczamy, że były to rodzące niezupełnie zdrowe. A więc i tu trzeba by było zastosować tę samą zasadę, co i u starszych pierwiastek w myśl zdania L. Mayera.

W poniższym zestawieniu staraliśmy się uczynić zadość wszystkim tym warunkom. Statystykę swoją oparłem na materiale naszej kliniki z ostatnich 5 lat.

Rozpatrzmy najpierw, jaki wpływ okazuje wiek.

Przede wszystkim parę uwag. Okres łożyskowy po każdym porodzie zawsze łączy się z pewną utratą krwi. Według Stoeckla odejście łożyska bez krwawienia zdarza się niezmiernie rzadko i jest zjawiskiem tak samo nienormalnym, jak i nadmierna utrata krwi. Stąd powstaje konieczność określenia, jakie nasilenie krwawienia nazywać należy patologicznym. Według zbiorowej statystyki Stoeckla, opierającej się na blisko milionie porodów, górną granicę normy stanowi utrata 500 g krwi. Odejście większej ilości krwi należy uważać już za krwawienie nadmierne. Dzięki olbrzymiej statystyce zdanie Stoeckla uznane zostało przez ogół położników za podstawę w rozgraniczaniu krwawień fizjologicznych od patologicznych. W zestawieniu swoim jednakże w ocenie stopnia krwawienia nie posługiwałem się tym miernikiem. Wpłynęło na to kilka okoliczności, które postaram się pokrótce wyjaśnić. Przede wszystkim ocena ilości utraconej krwi jest zawsze podmiotową, gdyż mierzenie ścisłe podczas porodu, ze względów technicznych jest dość trudne (wsiąkanie do podkładów itd.). Z tych przyczyn kierowałem się innymi wskazówkami. Za krwawienia nadmierne uważałem taką utratę krwi, która wymagała postępowania czynnego, a więc zabiegu Crédégo, ręcznego wydobycia łożyska, zastosowania środków kurczących, tamponady macicy, lodu na brzuch itd. Jednym słowem uwzględniłem te przypadki, w których lekarz musiał ze względu na krwawienie dążyć do jego zatrzymania. Uważam, że ze względów praktycznych, takie kryterium lepiej odpowiada życiowej prawdzie, aniżeli suche i w dodatku z natury rzeczy niezupełnie ścisłe określenie ilości krwi. Poza tym nie bez znaczenia jest zdaniem na-

szym następująca okoliczność. Jeżeli przystępujemy do czynnego zatamowania krwawienia, to wskazuje to nie tylko na to, że krew odpływa ponad miarę, ale również i na to, że nie mieliśmy nadziei na samoistne zatrzymanie się krwawienia. A więc były to przypadki rzeczywistego niedowładu macicy i właśnie te krwawienia stanowią materiał naszego opracowania.

Nie potrzebuję chyba dodawać, że nie znalazły miejsca w moim zestawieniu przypadki krwawień z obrażeń.

Uwzględniłem tylko porody prawidłowe płodów żywych wagi od 2.800 do 3.500 g. Miednica rodzących prawidłowa, o sprzężnej zewnętrznej co najmniej 19.5. Porody siłami natury. Nie uwzględniono przypadków, w których podawano podczas porodu, z powodu słabych bólów porodowych, środki pobudzające macicę do skurczu, jak np. tymofizynę, chininę itd. Wyłączono również wszystkie przypadki patologiczne, jak np. zatrucia ciążowe, nawet bardzo lekkiego stopnia. Nie uwzględniłem także tych rodzących, które przechodziły jakąkolwiek laparotomię, a tym bardziej cięcie cesarskie. Również wyłączyłem ze swego materiału przypadki z niedorozwojem narządu rodnego, z guzami, z poprzednio przebytymi sprawami zapalnymi itd. Słowem, zestawiłem tylko rodzące zupełnie zdrowe.

Chcąc wyjaśnić, jaki wpływ wywiera wiek na przebieg trzeciego okresu porodowego, wziąłem pod uwagę w początku tylko pierwiastki czyste, a więc takie, które w ciąży były po raz pierwszy. Podzieliłem rodzące te na 6 grup w zależności od wieku.

I. *Wiek poniżej 20 lat.* Ilość — 66, czas III okresu — 24 min., krwawienia — 3%.

II. *Wiek od 20—25 lat.* Ilość — 473, czas III okresu — 29 min., krwawienia — 3%.

III. *Wiek od 26—30 lat.* Ilość — 297, czas III okresu — 29 min., krwawienia — 5%.

IV. *Wiek od 31—35 lat.* Ilość — 78, czas III okresu — 30 min., krwawienia — 6%.

V. *Wiek od 36—40 lat.* Ilość — 24, czas III okresu — 30 min., krwawienia — 8%.

VI. *Wiek od 41 lat w górę.* Ilość — 7, czas III okresu — 30 min., krwawień nie było.

Na pierwszy rzut oka wydaje się, że z biegiem lat odsetek krwawień poporodowych jakoby się zwiększał. Jest to jednak tylko złudzenie, wynikłe ze stosunkowo małej ilości przypadków, gdyż po zastosowaniu teorii błędów okazuje się, że różnice te leżą w granicach średniego błędu.

Widzimy więc, że wybitnej różnicy w trzecim okresie porodowym w zależności od wieku stwierdzić nie mogliśmy. Nie chciałbym przy tym być źle zrozumianym. Wiek starszy, któremu towarzyszy utrata jędrności i elastyczności tkanek, nie może oczywiście nie wpłynąć ujemnie na czynność rozrodczą. Toteż w pewnym odsetku zachodzić będzie u starszych kobiet, a zwłaszcza będących w ciąży po raz pierwszy, szereg powikłań w ciąży lub podczas porodu. Ale nas w tej chwili interesują tylko osoby zdrowe, ba nawet takie, które przebyły zupełnie normalny poród. I właśnie w tej kategorii rodzących, jak z naszego zestawienia wynika, przebieg III okresu porodowego nie odbiega zasadniczo od reszty rodzących.

Pomostem niejako, łączącym pierwiastki z wieloródkami są tzw. pierwiastki nieczyste, tj. takie, które poprzednio roniły lub przechodziły sztuczne przerwanie ciąży. Uwzględniłem tylko te przypadki, w których poronienie nie pociągnęło za sobą żadnych szkodliwych dla zdrowia skutków. Oczywiście ilość przypadków przez to się zmniejszyła, ale uniknąłem za to dodatku osób chorych. Wyodrębniłem tu dwie grupy.

I grupa — pierwiastki z jednym poronieniem.

A. Rodzące do 30 lat. Ilość — 65, czas III okresu — 30 min., krwawienia — 3%.

B. Rodzące od 31 lat w górę. Ilość — 17, czas III okresu — 37 min., krwawienia — 5%.

II grupa — pierwiastki z kilkoma poronieniami.

Ze względu na małą ilość przypadków nie dzieliłem na podgrupy zależne od wieku.

Ilość — 20, czas III okresu — 24 min., krwawienia — 10%.

Różnice w poszczególnych rubrykach, dotyczące pierwiastek, które uprzednio roniły dadzą się wytłumaczyć stosunkowo małym materiałem i leżą w granicach średniego błędu. Dlatego nie mogę twierdzić, żeby poprzednie niepowikłane poronienia wpływały w sposób wybitnie niekorzystny na przebieg trzeciego okresu porodowego.

Pozostaje omówić wpływ kilkakrotnych porodów.

Tu również uwzględniłem wieloródki czyste i wieloródki, które roniły.

I grupa. Wieloródki czyste.

A. Poród drugi.

a) Wiek do 30 lat. Ilość — 257, czas III okresu — 26 min., krwawienia — 2%.

b) Wiek powyżej 30 lat. Ilość — 80, czas III okresu — 28 min., krwawienia — 3.5%.

B. Poród trzeci.

a) Wiek do 30 lat. Ilość — 57, czas III okresu — 25 min., krwawienia — 5%.

b) Wiek powyżej 30 lat. Ilość — 49, czas III okresu — 25 min., krwawienia — 4%.

c) Poród czwarty. Ilość — 43, czas III okresu 30 min., krwawienia 9%.

II grupa. Wieloródki nieczyste. Do tej grupy zaliczyłem również wieloródki powyżej czwartego porodu, gdyż liczba wieloródek czystych w miarę zwiększania się ilości porodów staje się coraz mniejsza, a już po porodzie czwartym jest wprost znikoma.

Ilość — 120, czas III okresu — 25 min., krwawienia 6%.

Te niewielkie różnice, które wynikły przy obliczaniu procentowym tak samo, jak i przy poprzednich obliczeniach mieszczą się w granicach dopuszczalnego błędu przypadkowości i dlatego nie można tu stanowczo mówić o jakimkolwiek wpływie na przebieg trzeciego okresu porodowego.

Jakiż stąd wniosek praktyczny? Jest tylko jeden, a mianowicie, że u zdrowych rodzących, u których poród przebiegał normalnie, krwawienia poporodowe przytrafiają się stosunkowo rzadko, a w każdym razie ani wiek, ani ilość przebytych porodów nie grają większej roli. Na przebieg trzeciego okresu niekorzystnie wpływają przede wszystkim powikłania podczas samego porodu. Według C a r t s b u r g a w 43,5% trudności w wydalaniu łożyska są następstwem powikłania pierwszego i drugiego okresu porodowego. Prawdopodobnie niepośledni wpływ okazuje również i czynność systemu wegetatywnego. Badania K e r m a u n e r a wykazały, że mimo wiotkości macicy w wielu wypadkach krwawienia w okresie łożyskowym nie było. Autor jest zdania, że na mechanizm powstrzymania upływu krwi z macicy składają się dwa czynniki — skurcz naczyń krwionośnych pod wpływem zmiennego w ciąży układu nerwowego roślinnego i skurcz macicy. Niektóre badania potwierdzają znaczenie wrażliwości systemu nerwowego u ciężarnych. L o w s e t, dochodząc przyczyny powtarzających się krwawień w trzecim okresie u tychże samych rodzących („nawykowe krwawienia“) stwierdził, że objawy nadwrażliwości współczulnej u tej kategorii rodzących dochodziły do 77%, podczas gdy w przypadkach krwawień o wyraźnej położniczej przyczynie nadwrażliwość ta występowała tylko w 30%. Również i badania H. E u f i n g e r a i K r u p p a dermografizmu u ciężarnych przemawiają za tym, że system współczulny w miarę trwania ciąży staje się coraz więcej pobudliwym. Zdaniem tych autorów, ta łatwa pobudliwość, a więc zdolność szybkiego oddziaływania na bodźce, jest rzeczą konieczną dla prawidłowego odbycia porodu, podczas którego następują tak nagłe zmiany w warunkach krążenia. Jednakże zmienność ta może również stać się przyczyną poważnych zaburzeń w krążeniu krwi.

Znaną jest poza tym rzeczą, że nieumiejętne prowadzenie trzeciego okresu, a przede wszystkim wszelkie przedwczesne próby wydalenia łożyska mogą — i to niestety często się zdarza — stać się źródłem bardzo poważnego zaburzenia w normalnym odklejaniu się łożyska. Są to rzeczy jednak nie należące do niniejszego tematu.

Piśmiennictwo:

1) B o d e: Berichte f. d. ges. Gyn. Bd. 33. Str. 55. — 2) B u r g e r: Berichte f. d. ges. Gyn. Bd. 31. Str. 696. — 3) C a r t s b u r g: Berichte f. d. ges. Gyn. Bd. 32. Str. 656. — 4) C h m e l i k: Berichte f. d. ges. Gyn. Bd. 31. Str. 697. — 5) D e m a n t: Berichte f. d. ges. Gyn. Bd. 34. Str. 129. — 6) E u f i n g e r i K r u p p: Monatschrift f. d. Geb. u. Gyn. T. 99. Str. 343. — 7) F ö d e r l: Monatschrift f. d. Geb. u. Gyn. T. 102. Str. 65. — 8) J a k o w i c k i: Ginekologia Polska. Str. 499. 1932. — 9) K e m p e r d i c k: Berichte f. d. ges. Gyn. Bd. 34. Str. 50. — 10) K e r m a u n e r: Archiv f. Gyn. T. 125. — 11) L o w s e t: Berichte f. d. ges. Gyn. Bd. 33. Str. 69. — 12) L. M a y e r: Zentralbl. f. Gyn. Str. 1014. 1916. — 13) R o b i n s o n: wg Burgera. — 14) S t o e c k e l: Archiv f. Gyn. T. 125. — 15) V o r o n i A. B r o c h i e r: Berichte f. d. ges. Gyn. Bd. 31. Str. 475.

Dr Edward BOKSER. Iwonicz-Zdrój.
St. ordynator chorób wewnętrznych.

Leczenie przewlekłego gośćca sercowego lekami przeciwgośćcowymi i metodami fizykalnymi.

Z sanatorium „Excelsior" Zakł. Ubezp. Spol. w Iwoniczu-Zdroju. Dyrektor: Dr Tadeusz Pisarski.

Utarła się opinia małej skuteczności leczenia salicylowego w ostrym gośćcu sercowym (i w ogóle pozastawowym). Na takim stanowisku stoi obecnie bodaj większość klinicystów. Godzą się oni wprawdzie ze stosowaniem salicylu, nie wiele sobie jednak po nim obiecują. Są i tacy, co uważają go za szkodliwy dla serca, gdyż przyczynia się jakoby do usadowienia się gośćca w sercu i częstszych nawrotów. Jeszcze inni, nie idąc tak daleko, przestrzegają tylko przed stosowaniem salicylu w razie wystąpienia rozszerzenia serca i objawów niewydolności krążenia. Ma jednak salicyl i swoich obrońców, częściowo obwarowujących się warunkami, częściowo przychylnych bez zastrzeżeń, a nawet entuzjastycznych wielbicieli. Fiessinger poleca stosować go w dużych dawkach w zapaleniu gośćcowym wsierdzia i osierdzia, przypisuje mu jednak deprymujące działanie na mięsień sercowy i przestrzega przed jego stosowaniem w gośćcowym zajęciu sierdzia. Potain przyznawał salicylowi skuteczne działania w świeżym gośćcu sercowym. Zdaniem Price'a, salicyl nie uszkadza mięśnia sercowego. Leczenie salicylem ostrego gośćca sercowego zaleca również prof. W. Orłowski. Brugsch nazywa zabobonem mniemanie nielekarzy, jakoby salicyl usposabiał do wady serca. Etienne stwierdzał zbawienny wpływ salicylu nawet w przebiegu ostrego gośćcowego zapalenia mięśnia sercowego z objawami ciężkiej niedomogi serca. Danielopolu, Bezançon, Weill, Jegorow, Leichtentritt wręcz są zdania, że salicyl zapobiega usadowieniu się gośćca w sercu. Danielopolu podaje salicyl w dawce 4—6 g dziennie całymi miesiącami, również po ustąpieniu objawów stawowych, gdy ma podejrzenie trwania powolnej sprawy gośćcowej w sercu. Przykre sensacje sercowe, jakie się niekiedy spostrzega po salicylu (palpitacje, niepokój i potykanie się serca), poza tym: mdłości, duszność, osłabienie ogólne, szum w uszach itp. tłumaczą się albo kwasicą posalicylową (zapobiega się dodatkiem podwójnej dawki sody), albo osobniczą nietolerancją; niemiarowości sercowe, występujące w przebiegu leczenia salicylem, nie mają najczęściej nic wspólnego z tym lekiem, lecz zależą od samej sprawy chorobowej; wielu autorów obserwowało ustępowanie niemiarowości gośćcowej dopiero pod wpływem leczenia salicylem.

Nieprzychylna opinia co do działania salicylu w gośćcu sercowym opiera się:

1) na obserwacji przypadków, w których pod działaniem salicylu ustąpiły objawy stawowe, pozostały zaś a nawet wzmagały się w dalszym przebiegu objawy sercowe,

2) na częstych — niestety — spostrzeżeniach (35% gośćca stawowego ostrego — Rolly, Pribram), że pomimo podawania salicylu nie udaje się zapobiec powstaniu wady zastawkowej.

Nie należy jednak zapominać, że uszkodzenie gośćcowe serca, według badań ostatnich lat (Bezançon i inni) występuje prawie w 100% przypadków gośćca stawowego. Lecząc więc salicylem gościec stawowy, leczymy równocześnie gościec sercowy (ściślej mówiąc, leczymy wszystkie narządy, gdyż, jak wiemy, zmiany gośćcowe zajmują mezenchymę całego ustroju). I w większości wypadków osiągamy wyleczenie zarówno gośćca stawowego, jak sercowego. Dowodem jest znikanie wraz z ustąpieniem dolegliwości stawowych objawów gośćca sercowego, jak: szmer skurczowy nad koniuszkiem, przygłuszenie tonów, rozstrzeń serca, zmienność tętna, a w obrazie elektrokardiograficznym: wydłużenie P-Q, obniżenie T, wydłużenie Q-T itp.

Rolly podaje, że na 2.563 przypadków gośćca stawowego, tylko w 4 przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne w okresie ostrym (0,17%), z czego 2 z powodu niedomogi serca i po jednym z powodu zapalenia płuc i zawałów w płucach. Jeśli więc w pewnym odsetku przypadków salicyl, likwidując schorzenie stawów, pozostaje bez wpływu na cierpienie serca, to można mówić co najwyżej o mniejszej skuteczności salicylowego leczenia w stosunku do objawów sercowych. Ale ma to swoje analogie w gośćcu stawowym, gdyż znamy przypadki stawowe, w których wystarczające są małe dawki, stosowane przez kilka dni, jako też inne przypadki, które leczą się tylko bardzo dużymi dawkami, a są i takie, w których bardzo duże dawki okazują się skuteczne dopiero po zastosowaniu środka pomocniczego z dziedziny leczenia bodźcowego (mleko, krew własna itp.); znamy i takie, gdzie nie pomaga salicyl nawet w większych dawkach, lecz pomagają inne środki przeciwgośćcowe, jak piramidon, causyth; spotyka się wreszcie stany gośćcowe, które ustępują dopiero po usunięciu ogniska zakaźnego migdałkowego, czy zębowego itp., albo przechodzą w stan przewlekły, mimo najenergiczniejszego leczenia. Można więc tylko twierdzić, że gościec sercowy, częściej niż stawowy, bywa oporny na leczenie salicylowe (używam w tym miejscu i dalej określenia „leczenie salicylowe" w znaczeniu leczenia salicylanem sodowym, piramidonem, causythem itd.). Przyczyny tego zjawiska nie znamy dokładnie; tkwi ona może w mniejszym powinowactwie chemicznym tkanek serca do środków przeciwgośćcowych, w nieco odmiennej morfologii i dynamice histologicznych zmian gośćcowych serca; poza tym może tu wchodzić w rachubę częste wikłanie zakażenia gośćcowego serca przez inne drobnoustroje, zwłaszcza paciorkowce, przynoszone z prądem krwi i chętnie sadowiące się na podłożu, przygotowanym przez zmiany gośćcowe; wreszcie w gośćcu stawowym sprzyja leczeniu unieruchomienie schorzałego stawu, czego w sercu zastosować nie można. Zresztą różnica pomiędzy mechanizmem stawu i serca dostatecznie tłumaczy, dlaczego staw powraca najczęściej do zupełnej sprawności czynnościowej, w sercu zaś pozostaje wada zastawkowa. W porównaniu ze sercem jest staw narządem mało precyzyjnym; zmiany gośćcowe i ich zabliźnienie nie są w stanie zazwyczaj stworzyć dla tego mechanizmu dużych utrudnień, gdyż „luzy w trybach" stawu (tj. możność pracy w warunkach nieoptymalnych) są znaczne. Inaczej ma się rzecz w sercu. Cienka i sprężysta błona zastawkowa ulega spaczeniu przez bliznę gośćcową i zorganizowane strąty zakrzepowe, jednocześnie dotyka choroba strun ścięgnistych, pierścienia włóknistego, mięśni brodawkowych, mięśnia ściennego i dróg przewodzących serca, wraz z aparatami nerwowymi. W tym wysoce precyzyjnym urządzeniu, wymagającym współdziałania wielu mechanizmów „luzy w trybach" są bardzo niewielkie, nie należy się przeto dziwić, że staw wraca po przebytym gośćcu *ad integrum*, w sercu zaś pozostaje wada, mimo, że w jednym i drugim narządzie sprawa zakończyła się wytworzeniem zmian bliznowatych.

Czy jednak wada zastawkowa sama przez się stanowi katastrofę życiową? Niewątpliwie stwarza ona gorsze warunki hemodynamiczne dla serca, lecz siła rezerwowa mięśnia sercowego wyrównywa je skutecznie, dopóki mięsień ten jest zdrowy. Jeszcze Laënnec w 1831 r. powiedział, że gdyby mięsień sercowy był zdrów, wady nie wywierałyby większego wpływu na zaburzenia krążenia. Mackenzie przekonał się, że robotnicy portowi z wyrównaną wadą serca zdolni są do wykonywania najcięższej pracy w dokach. Wielu sportowców, rekordzistów światowych, miało wadę serca, która nie przeszkodziła im w najforsowniejszych wyczynach.

Fahr zwraca uwagę na znaczną ilość wad serca u ludzi starszych, które to wady pozostały po przebytym we wczesnej młodości zapaleniu wsierdzia z wygojonym gośćcem mięśnia sercowego, co w niczym nie naruszyło sprawności serca przez długi szereg lat.

A więc niemożność zapobiegnięcia wadzie zastawkowej nie powinna nas zniechęcać do stosowania salicylu, gdybyśmy mieli dowody, że ratuje on mięsień sercowy. Zajmijmy się z kolei tym zagadnieniem. Widzieliśmy już, że minimalny odsetek chorych ginie z powodu niedomogi serca w ostrym okresie gośćca. Olbrzymia większość przebywa ten okres gładko, choć często nabawia się wady zastawkowej. Sprawę gośćcową uważa się w ogóle za wygasłą w jakiś czas po ustąpieniu objawów bólowych, ustaleniu się prawidłowej ciepłoty i opadania krwinek. Pozostałości anatomiczne traktuje się jako nieczynne zejście sprawy, a uszkodzenia czynności uważa się za stałe. Jeżeli w tym stanie rzeczy wystąpią po jakimś czasie objawy niedomogi krążenia, poczytuje się je za skutek wyczerpania mięśnia sercowego z powodu dysproporcji pomiędzy jego siłą mechaniczną, a pracą od niego wymaganą. Tymczasem nie zawsze tak bywa. Gdyby w stanach hiposystolii serca przeważała niedomoga z przyczyn mechanicznych, należało by się spodziewać dużo szybszego zużycia mięśnia sercowego u osób ciężko pracujących fizycznie. Doświadczenie jednak poucza, że tak nie jest: np. z danych Zakł. Ub. Inw. w Król. Hucie za r. 1932 i Z. U. P. U. za lata 1928—1932 widać, że wśród rencistów, uznanych za niezdolnych do pracy z powodu chorób narządów krążenia, w wieku do lat 40 (tj. przed wystąpieniem miażdżycy, jako przyczyny niezdolności) było pracowników fizycznych 6%, pracowników umysłowych 12%. Liczby te przemawiają za tym, że niewydolność krążenia ma za przyczynę nie tyle mechaniczne przepracowanie mięśnia sercowego, ile inny jakiś czynnik. Czynnik ten nieubłaganie, choć najczęściej powoli, niszczy mięsień sercowy, doprowa-

dząc go w końcu do zupełnego wyczerpania tak, iż 75% chorych na gościca żyje nie dłużej, niż 25 lat od chwili powstania wady zastawkowej (Gruenbaum).

Istotę tego czynnika wyjaśnia nam anatomia patologiczna serca gośćcowego. Z badań histopatologicznych (Klinge, Tałałajew, Bezançon i inni) wiemy, że histo-morfologicznie przebiega sprawa gośćcowa w trzech fazach:

1) najwcześniejsza faza odczynu polega na zmianach obrzękowych i zwyrodniająco-martwiczych we włóknach klejodajnych („naciek wczesny" Klingego),

2) w drugiej fazie powstaje ziarniniak o swoistym utkaniu (guzek Aschoffa),

3) w fazie trzeciej guzki stopniowo przekształcają się w bliznę łącznotkankową.

Zmiany te układają się przeważnie dookoła drobnych naczyń krwionośnych, w ich przydance i błonach wewnętrznych, doprowadzając częstokroć do zamknięcia światła naczynia. Oprócz tych zmian przynaczyniowych stwierdza się ogniskowe uszkodzenia włókien mięśnia sercowego, najpewniej z powodu zaburzeń odżywczych albo zadziałania toksycznego. Według Tałałajewa wytwarzanie się nacieków wczesnych, cykl rozwojowy guzków Aschoffa i ich rozwój wsteczny trwają około czterech miesięcy, przy czym w ciągu pierwszych dwóch miesięcy od początku gośćca wytwarzać się mogą stale świeże zmiany naciekowe. Z tego powodu najpóźniej powstałe guzki Aschoffa ulegną zabliźnieniu dopiero około 6 miesięcy od początku choroby. Bezançon stwierdzał jednak wytwarzanie się świeżych guzków Aschoffa w bliznach gośćcowych sprzed kilkudziesięciu lat, należy przeto liczyć się w niektórych wypadkach z trwaniem czynnej sprawy gośćcowej przez czas nieograniczenie długi. Z drugiej zaś strony zdarzają się niewątpliwie postacie lekkie, gdzie cały cykl histo-morfologiczny przerobiony zostaje w dość krótkim czasie.

Mamy liczne spostrzeżenia kliniczne, w których sprawa gośćcowa czynna przebiega w sercu zupełnie skrycie bez jakichkolwiek pewniejszych objawów klinicznych, aż w pewnej chwili ujawnia się niedomoga krążenia, jako skutek skrycie postępującego gośćca sercowego. Widzimy więc, że patogeneza tej postaci niewyrównania różni się gruntownie od niewyrównania z przyczyn mechanicznych. Toteż w leczeniu niewyrównania zapalnego (reumo-kardytycznego wg terminologii Jegorowa) oprócz środków nasercowych, leżenia i diety, jakie stosujemy w niewyrównaniu mechanicznym, konieczne jest leczenie swoiste przeciwgośćcowe, a to w tym celu, by przyspieszyć wchłanianie zmian wczesnych, nie dopuścić do rozwoju blizn sklerotycznych i uratować z tkanki mięśnia sercowego co się da. Nasuwa się więc pytanie, czy w tych stanach przewlekle postępującej sprawy gośćcowej można przerwać tok sprawy zapalnej i zapobiec niedomodze, a w szczególności, czy mogą tu być skuteczne leki przeciwgośćcowe. Poglądy badaczy w tej sprawie są sprzeczne.

Stosowałem leczenie środkami przeciwgośćcowymi w szeregu przypadków przewlekłego gośćca z elektrokardiograficznymi cechami uszkodzenia mięśnia sercowego i z klinicznymi objawami gośćca serca, najczęściej również z objawami stawowymi. W większości przypadków cechy elektrokardiogramu pod wpływem leczenia środkami przeciwgośćcowymi (przynajmniej w czasie 3—4 tygodni leczenia w sanatorium) nie uległy zmianie. Ponieważ w przypadkach tych cechy kliniczne, jak: ciepłota, odczyn Biernackiego, brak zmienności objawów fizykalnych przemawiały za brakiem czynnej sprawy zapalnej, zakwalifikowałem je jako nieczynną, stałą postać gośćca sercowego (reumo-kardio-skleroza według Jegorowa) o zmianach nieodwracalnych.

W materiale swoim miałem jednak 5 przypadków, w których udało się uzyskać poprawę obrazu elektrokardiograficznego, stosując salicyl, piramidon lub causyth. Opisuję je poniżej:

Przyp. I. B. W., lat 52. L. 2168/35. Przyjęta dnia 9. XI. ze skargami na bóle w nadgarstku prawym, stawach biodrowych, skokowym prawym i śródstopowo-palcowych stopy prawej; stawy nadgarstka i śródstopia obrzękłe; ciepłota do 37,4°; na serce się nie skarży. Przed 4 miesiącami po masażu dziąseł obrzękły gruczoły podżuchwowe; wkrótce po tym obrzmiały i zabolały stawy śródstopia i nadgarstka. Dawniej przechodziła zakrzepowe zapalenie żył. Serce w granicach prawidłowych, tony głuchawe, na koniuszku szmer skurczowy, drugi ton nad tętnicą płucną wzmożony. Ciśnienie krwi 160/95, tętno 120 na min. miarowe, rzadko wypadania na tętnicy szprychowej. Roentgen: tętnica główna wygięta, o wzmożonym nasyceniu; komora lewa i przedsionek lewy wydają się niepowiększone. O. B. = 27/1 godz., 54/2 godz. Mocz poza nieco wzmożonym urobilinogenem bez zmian. Rozpoznanie: *Polyarthr. chron. infect. Myocardit. chr. Insuff. mitr. Arteriosvleros.* Leczenie: *Natr. salicyl.* 3—4 g dziennie (z podwójną dawką sody), wcierania klerolu, kąpiele solankowo-jodowe, fasony borowinowe, wanna 4-komorowa, diatermia i galwanizacja serca. EKG z dnia 24. XI.: rytm zatokowy miarowy, niskie zespoły, R I, R II, R III — zniekształcone, T I — spłaszczone, T II, T III — ujemne, ST II, ST III — obniżone.

EKG z dnia 5. XII.: rytm zatokowy miarowy, wysokość zespołów prawidłowa, R I — dodatnie, prawidłowo ukształtowane, R II, R III — rozszczepione, T I, T II — dodatnie, spłaszczone, T III — dwufazowe, ST I, ST II — w poziomie, ST III — nieco obniżone.

Po 9 dniach leczenia salicylem i zabiegami fizykalnymi stwierdza się wybitną poprawę kliniczną i elektrokardiograficzną (Ryc. 1 i 2).

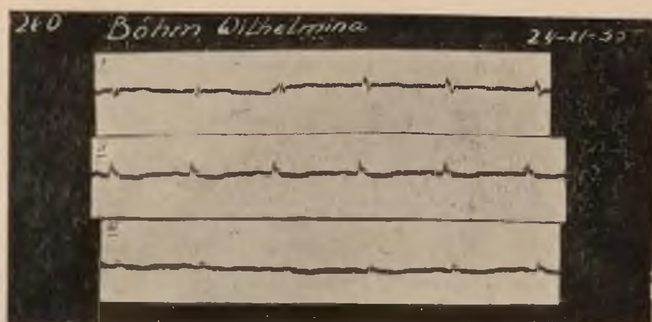
Przyp. II. P. A., lat 26. L. 2156/35. Przyjęta dnia 7. XI. z pobolewaniem we wszystkich stawach, niestałym stanem podgorączkowym do 37,2°, drapaniem w gardle, skargami na bicie serca, kłucie w sercu i szybkie męczenie się. Przed 5 miesiącami ostry gościec wielostawowy; dawniej — częste anginy. Stawy bez zmian przedmiotowych; serce nieznacznie rozszerzone ku górze i w lewo; nad koniuszkiem kłapiący pierwszy ton, szmery: przedskurczowy, skurczowy i rozkurczowy; nad tętnicą płucną szmer skurczowy i wzmożony drugi ton. Ciśnienie krwi 115/80, tętno 100—120/min., miarowe. Roentgen: mitralna konfiguracja serca, nieznaczne powiększenie lewej komory i lewego przedsionka. O. B. 13/1 godz., 31/2 godz. Mocz — bez zmian. Rozpoznanie: *Polyarthr. rheum. chr. sec. Vit. cord. s. f. stenos. et insuff. mitr. Myocardit. rheum.* Leczenie: *Natr. salicyl.* 3—4 g dziennie, kąpiele solankowo-kwaso-węglowe, wanny elektryczne, szafki Tyrnauera, masaże, wziewania, galwanizacja serca. EKG z dnia 24. XI.: lekka niemiarowość zatokowa, niskie zespoły. R I, R II, R III — zniekształcone, T I — spłaszczone, T II, T III — nieobecne, ST II, ST III — obniżone, zaznaczona przewaga prawostronna. EKG z dnia 8. XII.: rytm zatokowy miarowy, wysokość zespołów prawidłowa, R I, R II, R III — węzełkowate, T I — dodatnie, spłaszczone, T II — dwufazowe, T III — ujemne, ST II, ST III — wygięte, obniżone, P I, P II — wysokie, rozszerzone, P I ponadto rozszczepione; przewaga prawostronna.

Po 14 dniach leczenia duża poprawa kliniczna, mniejsza elektrokardiograficzna. Miałem sposobność wykonać kontrolny EKG w 16 miesięcy później, był on identyczny z EKG z dnia 8. XI. (Ryc. 3, 4 i 5).

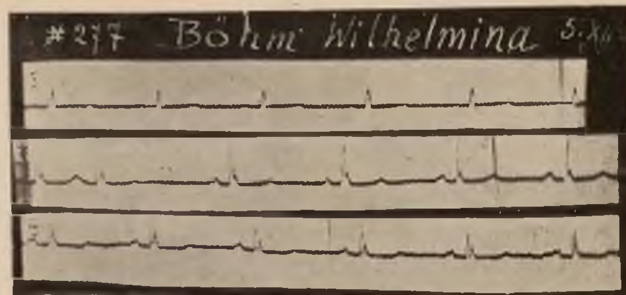
Przyp. III. Sz. J., lat 36. L. 2037/35. Przyjęty dnia 1. XI. ze skargami na bóle w stawach nadgarstkowych, skokowych, kolanowych, stawy te są obrzmiałe (ponadto stopa płaska i paluchy koślawe). Ciepłota prawidłowa. Brak skarg ze strony serca. Początek choroby przed 3½ mies. pod postacią ostrego gośćca wielostawowego z zapaleniem tęczówki lewej. Serce nieznacznie rozszerzone w lewo, tony czyste, głuchawe. Ciśnienie krwi 120/75. Tętno 80/min., miarowe, w pozycji stojącej znacznie się przyspiesza. Roentgen: tętnica główna wąska, serce małe, o konfiguracji prawidłowej. O. B. 17/1 godz, 42/2 godz. Rozpoznanie: *Polyarthr. rheum. chr. sec. Myocardit. chr. rheum.* Leczenie: *Natr. salicyl.* 2—3 g dziennie, wstrzykiwania mleka 2 razy w tygodniu. Kąpiele solankowe z kwasem węglowym. Wanny elektryczne. Szafki Tyrnauera IV-komorowe. Fasony borowin. Galwanizacja serca. EKG z dnia 6. XI.: rytm zatokowy miarowy, niskie zespoły. EKG z dnia 8. XII.: rytm zatokowy, miarowy, wysokość zespołów początkowych prawidłowa, T I, T II — płaskie, T III — nieobecne. Po miesięcznym leczeniu znaczna poprawa stanu klinicznego, nieznaczna w obrazie elektrokardiograficznym (Ryc. 6 i 7).

Przyp. IV. Ch. J., lat 15. L. 1361/36. Przyjęty dnia 19. VIII. ze skargami na szybkie męczenie się, bicie serca, skłonność do omdlewań; ciepłota do 37,1°. Dolegliwości te zaczęły się bez wyraźnej przyczyny przed 3 miesiącami, znacznie się pogorszyły od 6 tygodni po przebytej anginie i po wstrzyknięciu propidonu; w czasie anginy bolało serce i drętwiało lewe ramię. Poprzednio bardzo skłonny do gryp i przeziębień. Serce w granicach prawidłowych, szmer skurczowy nad wszystkimi ujściami, najsilniejszy nad tętnicą płucną, drugi ton tętnicy płucnej wzmożony. Ciśnienie krwi 160/95, tętno 120/min., miarowe. Migdałki powiększone z rozpadlinami. W moczu wzmożony urobilinogen. Rozpoznanie: *Myocardit. chr. Insuff. mitral.* Leczenie: *Natr. salicyl.* 3 g dziennie, wziewania, naświetlanie lampą kwarcową. EKG z dnia 19. VIII.: rytm zatokowy miarowy, 116 na min. R I — zdeformowane, niskie, R II, R III — bardzo wysokie, T I — dodatnie, prawidłowo wysokie, T II —

Ryciny do pracy Dr Edwarda B o k s e r a pt.: ***Leczenie przewlekłego** gośćca sercowego lekami przeciwgośćcowymi i metodami fizykalnymi.*



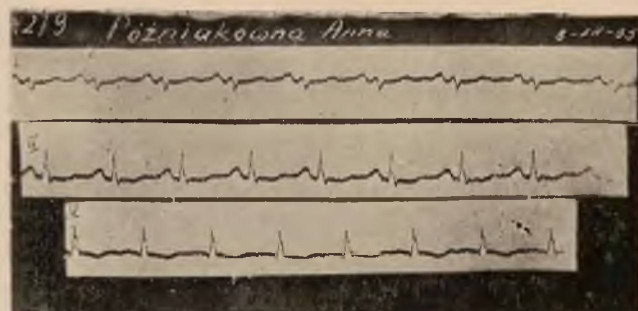
Ryc. 1.



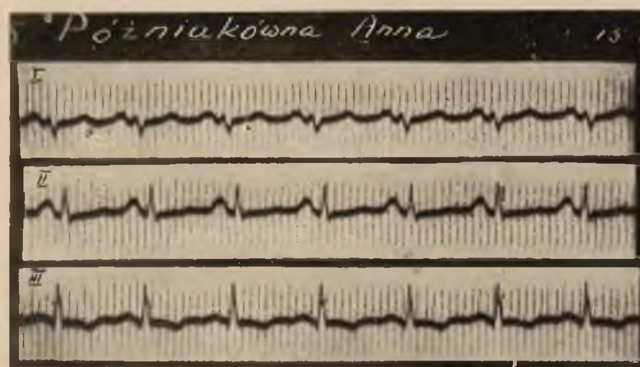
Ryc. 2.



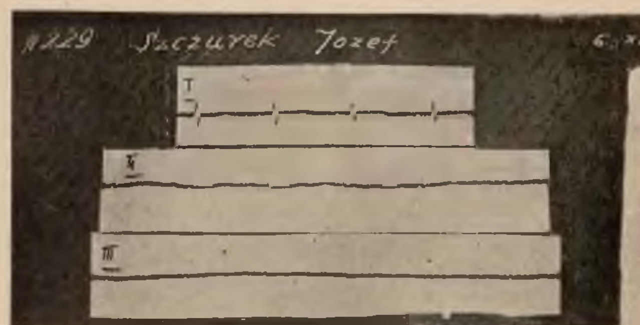
Ryc. 3.



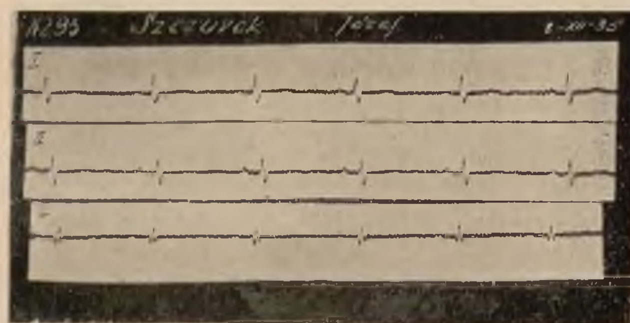
Ryc. 4.



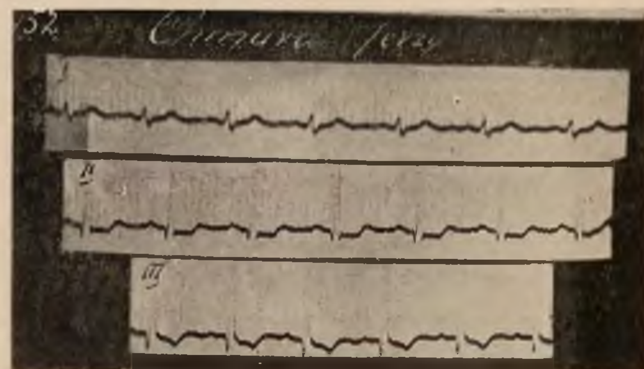
Ryc. 5.



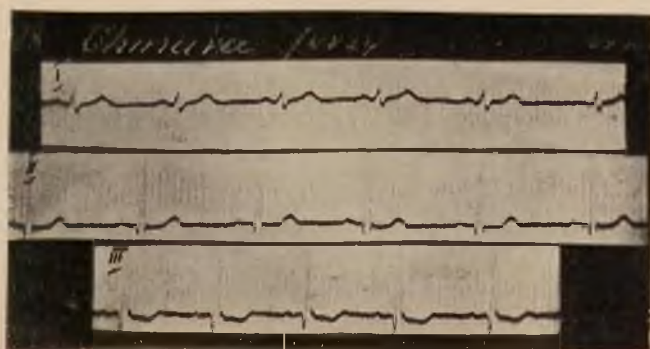
Ryc. 6.



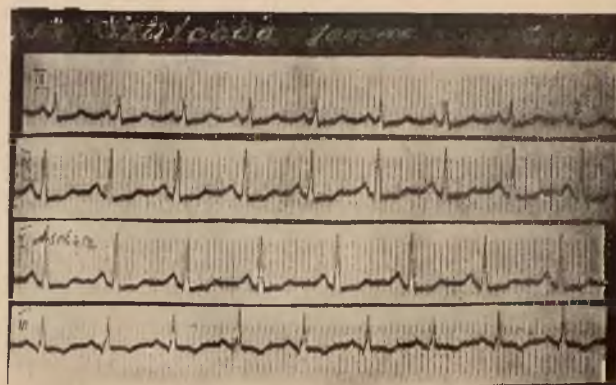
Ryc. 7.



Ryc. 8.



Ryc. 9.



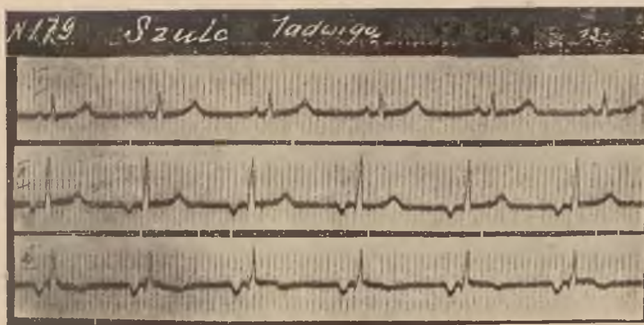
Ryc. 10.

dwufazowe, T III — ujemne, głębokie, zaostrzone, Q II — wyraźne, Q III — pogłębione, ST II — obniżone, ST III — łukowate, obniżone.

EKG z dnia 29. VIII.: rytm zatokowy, miarowy, 84 na min. R I — niskie, zdeformowane, R II, R III — bardzo wysokie, T I, T II — dodatnie, prawidłowo wysokie, T III — ujemne, zaokrąglone, ST I, STII — w poziomie, ST III — obniżone, wygięte.

Po 10 dniach leczenia wybitna poprawa kliniczna i wyraźna elektrokardiograficzna (Ryc. 8 i 9).

Przyp. V. Sz. J., lat 27. L. 448/37. Przyjęta dnia 2. III. z bólami w stawach barkowych, biodrowych, kolanowych i drobnych stawach obydwu stóp; poza tym stawy: prawy skokowy, lewy łokciowy, obydwa mostkowo-obojczykowe, śródręczno-palcowe i między-paliczkowe ręki lewej — obrzękłe i bolesne. Szarpania w sercu, uczucie zamierania serca. Stan podgorączkowy do 37,4°. Sprawa zaczęła się przed $1^1/_2$ rokiem jako ostry gościec wielostawowy w 3 tygodnie po porodzie; od tego czasu co parę miesięcy okresowe obrzękania i bóle stawów ze stanem podgorączkowym, utrzymujące się po parę tygodni. Dawniej częste anginy, kilka razy grypa. Serce rozszerzone w lewo i ku górze; na koniuszku pierwszy ton kłapiący, szmer przedskurczowy i podmuch rozkurczowy, nad tętnicą płucną szmer skurczowy i wzmożenie drugiego tonu. Ciśnienie krwi 115/80, tętno 112/min., miarowe. Roentgen: serce w całości



Ryc. 11.



Ryc. 12.

znacznie powiększone, konfiguracji stenozy mitralnej. Migdałki powiększone, z rozpadlinami, z prawego wyciskają się czopy. Wątroba powiększona na 1 palec, twardawa, nieco tkliwa. O. B. 53/1 godz., 85/2 godz., w moczu ślad białka, wzmożony urobilinogen oraz nieliczne ciałka czerwone. Morfologia krwi poza leukopenią z 41% limfocytów, prawidłowa. Rozpoznanie: *Polyarthr. rheum. chr. exacerb. Vit. cord. s. f. stenos. et insuff. mitr. Myocardit. chr. rheum.* Leczenie: causyth w lewatywie: na noc 4 g przez 9 dni; ponadto z rana przez pierwsze 4 dni nowalgina po 2 cm³ domięśniowo; owijanie stawów ozonolitem; od 14 dnia — amidopiryna 1,5 g dziennie. W końcu drugiego tygodnia rozpoczęto leczenie kąpielami solankowo-jodowymi na zmianę z IV-komorówką. EKG z dnia 3. III.: miarowy rytm zatokowy 120/min. wysokie P I, P II, P III, rozszczepione P II, PQ = 0,13 sek., T I, T II — niskie, dwufazowe, T III — ujemne, głębokie, ST I, ST II, ST III — obniżone. EKG z dnia 13. III.: rytm zatokowy miarowy, 75/min., P I — dodatnie, P II, P III — ujemne, głębokie, PQ = 0,13 sek., T I, T II — dodatnie, prawidłowo wysokie, T III — ujemne, płytkie, ST I, ST II — w poziomie, ST III — przemieszczone nieco ku górze, EKG z dnia 25. III.: rytm zatokowy miarowy 80/min., P I, P II, P III — dodatnie, P II — wysokie, rozszczepione, PQ = 0,14 sek., T I, T II — dodatnie, prawidłowo wysokie, T III — niewidoczne, ST I, ST II, ST III — w poziomie.

W ciągu 3-tygodniowego leczenia uzyskano wybitną poprawę kliniczną i elektrokardiograficzną (Ryc. 10, 11 i 12).

Zestawiając powyższe wyniki, należy przyjąć, że w przyp. opisanych mieliśmy do czynienia z *myocardit. rheum. chr. evolutiva* i że środki przeciwgośćcowe wpłynęły dodatnio na sprawę gośćcową w mięśniu sercowym, co przedmiotowo potwierdził obraz EKG. Czy należy jednak w tych przypadkach przypisywać poprawę EKG działaniu leków? Czy nie jest ona następstwem cofania się samoistnego zmian gośćcowych? Stwierdzono bowiem, że zmiany naciekowe wczesne, a nawet guzki Aschoffa nie zawsze przechodzą w okres bliznowacenia, wchłaniając się czasami bez śladu.

Levy i Turner (1930 r.) badali wpływ salicylu na gościec sercowy u trzech chorych w ten sposób, że podawali im salicyl z przerwami 6—9-dniowymi i stwierdzili, że w okresie podawania leku czas przewodnictwa przedsionkowo-komorowego PQ skracał się do normy, w pauzie zaś bez leku ponownie się wydłużał do 0,23—0,24 sek. Dowodzi to, że pod działaniem salicylu zmiany gośćcowe ustępowały, powracały zaś po odstawieniu leku.

Wybitny klinicysta angielski Price (1927 r.) badał dla porównania przebieg kliniczny gośćcowego zapalenia wsierdzia, u dwóch grup chorych: jednej grupie podawał salicyl, drugiej nie; lepsze wyniki stwierdził u leczonych salicylem. Anatomopatolog Tałałajew widział najcięższe zmiany w mięśniu sercowym u osób, których nigdy za życia nie podejrzewano o gościec; Jegorow tłumaczy to niestosowaniem u tych osób leczenia salicylowego. Schottmueller oświadcza się za skutecznością leczenia piramidonowego w gośćcu błon surowiczych *(pleuritis, pericarditis)* i serca *(endocarditis, myocarditis)*; w szczególności w *myocarditis rheum. evolutiva* stosowanie piramidonu przez kilka miesięcy doprowadza do znacznej poprawy lub wyleczenia *(Rheumaprobleme* III. Str. 69). W naszych przypadkach sprawa gośćcowa przewlekła ciągnęła się miesiącami i latami, poprawę zaś uzyskaliśmy już po 10—30-dniowym leczeniu.

Wszystko to przemawia za skutecznością środków przeciwgośćcowych w przewlekłym gośćcu mięśnia sercowego.

Muszę podkreślić, że obok leczenia środkami farmakologicznymi, stosowałem u wymienionych chorych lecznictwo fizykalne: kąpiele solankowo-jodowe, owijania borowinowe, wanny elektryczne i cztero-komorowe, galwanizację serca i inne.

Nawet uciążliwsze procedury fizykalne nie wywołały w tych przypadkach ujemnych skutków. Można stąd wnosić, że przewlekłe stany gośćcowe mięśnia sercowego, nawet czynne, lecz bez objawów niedomogi krążenia, nie są przeciwwskazaniem do stosowania leczenia fizykalnego, w szczególności kąpielowego.

Zaznaczyłem już wyżej, że w całym szeregu przypadków reumo-kardio-sklerozy, pomimo leczenia salicylem, nie udało się uzyskać poprawy elektrokardiograficznej. Jednakże wiele z nich wykazywało poprawę podmiotową.

Wytłumaczenia tej poprawy można by szukać na drodze polepszenia biotrofii mięśnia sercowego przez polepszenie krążenia w najdrobniejszych gałązkach wieńcowych. To polepszenie biotrofii mięśnia sercowego nie było na tyle wydatne, by mogło się uwidocznić w EKG, świadczy jednak o nim samopoczucie chorego jako „sprawdzian biologiczny". W tym samym sensie przemawiają spostrzeżenia Kryszka o skuteczności leczenia piramidonowego w kilku przypadkach wad zastawkowych z *coronaritis rheumatica* (Warsz. Czasop. Lek. Nr 13. 1936).

Wnioski.

1. Salicyl i środki z grupy pyrazolonowej nie są szkodliwe dla serca. W razie nietolerancji osobniczej, należy dobrać preparat, który by chory dobrze znosił; najlepiej bywa znoszony, w stosowaniu przewlekłym, piramidon w roztworze 3%, w dawce 4—6 łyżek dziennie.

2. Leczenie przeciwgośćcowe należy stosować co najmniej przez 2—3 miesiące po ostrym okresie.

3. Kontrolować stan chorych (EKG, ortodiagram, ciepłota, O. B., morfologia krwi) co 1—2 miesiące po ostrym gośćcu, później co 3—4 miesiące, o ile nie będzie wyraźnych zaostrzeń, które wymagają natychmiastowego skontrolowania nowych uszkodzeń.

4. Stosować leczenie salicylowe — również w braku gośćca stawowego, w wywiadach — u chorych na wadę serca, przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego i dusznicę bolesną, o ile można podejrzewać u nich tło gośćcowe (40—60% gośćca przebiega bez objawów stawowych — Klinge, Tałałajew).

5. W stanach niedomogi krążenia, gdy można podejrzewać współistnienie czynnego gośćca serca, stosować obok klasycznego leczenia środkami nasercowymi i higieniczno-dietetycznymi również preparaty przeciwgośćcowe.

6. W przewlekle postępującym gośćcu sercowym, bez objawów niedomogi krażenia, można z dobrym skutkiem stosować obok leków swoistych również leczenie fizykalne, nie wyłączając kąpielowego.

Dr Mieczysław SZAJNA, prymariusz szpitala. Kołomyja.

Przypadek błoniastego zapalenia oskrzeli (bronchitis fibrinosa).

Ze Szpitala Powszechnego w Kołomyi.
Dyrektor: Dr Stanisław Kaliniewicz.

Przypadki błoniastego zapalenia oskrzeli należą do wielkich rzadkości. Należą one do tego rodzaju schorzeń, co dychawica oskrzelowa, błoniaste zapalenie jelita grubego *(colitis membranacea)* oraz rozmaite tzw. alergiczne schorzenia skóry. Wspólnym podłożem tych cierpień jest pewien sposób oddziaływania organizmu na czynnik chorobowy. I tak w przypadkach błoniastego zapalenia oskrzeli chora błona śluzowa tychże obok skąpej wydzieliny śluzowo-ropnej wytwarza twarde, elastyczne błony, będące odlewem oskrzeli. Nazwa *bronchitis fibrinosa* nie jest najszczęśliwszą, ponieważ błony w przyp. błoniastego zapalenia oskrzeli pod względem chemicznym składają się przeważnie w 2/3 ze śluzu, a w 1/3 z włóknika; o wiele odpowiedniejszą jest nazwa polska, odzwierciadlająca od razu stan chorobowy.

Struempell podaje, że osobniki chore na błoniaste zapalenie oskrzeli często cechują się tzw. skazą kwasochłonną, podobnie jak i cierpiący na dychawicę oskrzelową. Ta skaza, to nic innego, jak tylko skaza wysiękowa, a ludzie obarczeni nią inaczej oddziaływują na czynniki chorobowe, jak osobniki wolne od niej. Np. inny jest przebieg choroby posurowiczej u osób ze skazą wysiękową.

Pod koniec czerwca br. zgłosiła się do szpitala (L. hist. chor. 1030/37) kobieta wzrostu niskiego, prawidłowej budowy ciała, dobrego odżywienia ze skargami na uporczywy kaszel, ze skąpą, śluzową wydzieliną; kaszel ten dokucza jej od kilku tygodni. Od tygodnia kaszel wzmógł się, ponadto pojawiła się gorączka, dochodząca wieczorami do 39°, opadająca rano do 37—37,5°. Innych dolegliwości nie podaje. Nigdy dotąd nie chorowała. Urodziła dwoje zdrowych dzieci.

Badanie przedmiotowe: odżywienie dobre, stan ogólny i samopoczucie dobre. Jama ustna, gardło bez zmian chorobowych. Serce i naczynia obwodowe bez zmian. Płuca: wypuk jawny, granice dolne dobrze ruchome, szmery oddechowe pęcherzykowe, w częściach dolnych zaostrzone, z wydechem słyszalnym. Jama brzuszna, system nerwowy, stawy, kości — bez zmiany. Badania dodatkowe: mocz bez składników chorobowych; krew — opadanie 95 mm, odczyn W.-R. ujemny, ciałek białych 10.200; Schilling: młodych 1%, pałeczkowatych 1%, wielojądrzastych 77%, kwasochłonnych 8%, zasadochłonnych 0%, limfocytów 10%, monocytów 3%; Roentgen — serce bez zmiany, płuca — rysunek płuc wybitniej zaznaczony. Drugiego dnia pobytu w szpitalu odpluła chora po gwałtownym i męczącym kaszlu kilka strzępów szarej błony, obok skąpej ilości zielonawej, ciągnącej się plwociny. Badaniem drobnowidowym stwierdzono bardzo skąpą florę bakteryjną oraz bardzo liczne ciałka białe kwasochłonne. Czwartego dnia pobytu w szpitalu chora po bardzo męczącym kaszlu znowu odpluła dwa odlewy oskrzeli długości 10 cm, z licznymi odgałęzieniami; odlewy te zbudowane były z bardzo elastycznej, twardej, szarej substancji.

Na podstawie opisanych wyżej objawów chorobowych przypadek nasz zalicza się do rzadkiej jednostki chorobowej — błoniastego zapalenia oskrzeli. Drugi raz (po 10 dniach) wykonane badanie krwi wykazało obecność 11% ciałek kwasochłonnych. Ta wyraźna, utrzymująca się, eozynofilia świadczy o skazie organizmu, takiej samej, jaką znajduje się u chorych na dychawicę oskrzelową.

Chora po dziesięciodniowym leczeniu opuściła szpital bez objawów chorobowych. Stosowałem wstrzykiwanie surowicy końskiej oraz soli wapnia z atropiną i efetoniną; ponadto kodeinę i piramidon. Po trzech tygodniach chora zgłosiła się do badania kontrolnego. Przez cały okres pobytu pozaszpitalnego kaszlała mało; raz tylko po uporczywym kaszlu odpluła niewielki strzępek błony. Przybrała na wadze, samopoczucie dobre. Po raz trzeci zbadałem obraz krwi i znalazłem znowu 12% ciałek kwasochłonnych. Nawiasem wspomnę, że przeprowadzono badanie stolca na pasożyty z wynikiem ujemnym.

Na zakończenie tego doniesienia nadmienię, że przed niedawnym czasem jeden z kolegów, mieszkający na Pokuciu opowiadał mi o uporczywym przypadku błoniastego zapalenia oskrzeli, który uległ wyleczeniu po przeszło półrocznym trwaniu. Osoba chora — również kobieta — odznacza się wybitną wrażliwością systemu nerwowego (odczyn dermograficzny wybitnie wzmożony). Niestety nie miałem sposobności przeprowadzić u tej chorej dodatkowych badań klinicznych.

Piśmiennictwo:

Struempell-Seyfarth: Lehrbuch d. spez. Path. u. Th. d. inn. Krankh. Str. 286. T. 1. 1928. — Fr. Mueller: Bronchialerkrankungen: Neue Deutsche Klinik. T. 2. Str. 311. 1928. — O. Naegeli: Differentialdiagnose in d. inn. Med. 1936. Lief. 2. Str. 345.

FELIETON.

Doc. dr Stefan Łukasz KWIATKOWSKI. Lwów.

Wrażenia z podróży po Nowej Italii.

Dokończenie.

MEDIOLAN — PAVIA — TURYN.

Nowe kliniki... Tak się złożyło, że we wszystkich 3 miastach, które były ostatnim etapem mej podróży, znalazłem nowe kliniki dermatologiczne. Największa z nich i najokazalsza, to *mediolańska*. Wybudowana została przed kilkunastu laty i składa się z kilku pawilonów, łączących się ze sobą. Jest to klinika uniwersytecka a równocześnie oddział szpitalny. Dyrektorem i naczelnym prymariuszem jest prof. Pasini, jeden z najwybitniejszych dermatologów światowych. Pracują w nim ludzie tej miary, co profesorowie Comel, Cattaneo, Scolari i in. Klinika mediolańska jest największym oddziałem dermatologicznym we Włoszech i obliczona jest na 400 łóżek, w tym 120 dla chorób skórnych; reszta przeznaczona jest dla chorób wenerycznych *(„Sala Celtica")*. Organizacja tej ogromnej instytucji jest wzorowa. Lecznictwo fizykalne skoncentrowane jest w osobnym instytucie, nie należącym do kliniki, rozporządzającym wszystkimi nowoczesnymi aparatami oraz znaczną ilością radu.

Na oddziele wenerycznym osobne sale przeznaczone są dla prostytutek, osobne dla dzieci itd. Siostry zakonne, spełniające rolę pielęgniarek, poświęcają wiele uwagi „wychowaniu" chorych i starają się zająć je przy robotach kobiecych, prowadząc dla nich kursy kroju, haftu, szycia itd. Chore mogą wykonywać dla siebie ubrania lub bieliznę, oczywiście z własnego materiału, a skoro nie mają go, używają materiału szpitalnego, po czym przedmioty te sprzedaje się; z uzyskanych w ten sposób kwot siostry zakupują nowy materiał, zaś część ofiarowują ubogim. Praca *nie* jest przymusowa, jednakże chore z samych nudów garną się do niej i pracują mniej lub więcej pilnie. Czasem zdarza się, że niejedna chora po opuszczeniu kliniki zmienia tryb swego życia, a wspomagana przez specjalną sekcję pań wyucza się jakiegoś rzemiosła i znajduje potem zajęcie w jakiejś pracowni.

Inną jeszcze nowość widziałem w tej klinice, nowość dotyczącą ambulatoriów. Istnieją przy klinice dwojakiego rodzaju przychodnie: bezpłatne dla ubogich chorych, oraz *płatne*, dla zamożniejszych. W tych drugich opłata wynosi 10 lirów za pierwszą poradę, zaś 5 lirów za każdą następną. Ambulatorium to prosperuje bardzo dobrze i przynosi szpitalowi duże dochody. Nie wiem jednakże, czy są z tej organizacji zadowoleni wolno praktykujący lekarze...

Klinika mediolańska jest ośrodkiem włoskiej dermatologii; stąd wychodzi najwięcej prac naukowych, tu wydaje się centralny organ Włoskiego T-wa Dermatologicznego *„Bollettino delle Sezioni regionali"*, jako dodatek do największego dermatologicznego czasopisma włoskiego *„Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia"*.

Pavia. Byłem zdziwiony, kiedy w tym malutkim miasteczku, oddalonym zaledwie o godzinę drogi od Mediolanu, zobaczyłem prześliczne, nowe „miasto" szpitalne. Uniwersytet w Pavii może naprawdę szczycić się swoim wydziałem lekarskim. Miasto jest małe, więc i kliniki małe, wszystkie jednakże są prawdziwym cackiem i mogą służyć za wzór wielu klinikom zagra-

nicznym. Każda klinika mieści się w osobnym gmachu, 1- lub 2-piętrowym; zamiast podwórzy założono wszędzie parki i zieleńce. Nie brak oczywiście i instytutu anatomii patologicznej z symbolicznym napisem: *„Hic mors gaudet succurrere vitae"*.

Klinika dermatologiczna — jak inne — robi naprawdę bardzo miłe i sympatyczne wrażenie. Została wybudowana przed 3 laty i jest znakomicie wyposażona. Przypomniała mi bardzo klinikę strassburską, chlubę dermatologii francuskiej. Wszystko tu aż lśni od czystości, od światła i bieli. Jakże różna od staroświeckich, smutnych budowli w innych miastach! Biblioteka duża, bogato zaopatrzona, pracownie naukowe urządzone doskonale i w sposób nowoczesny. Dyrektorem kliniki jest prof. Mariani, jeden z najbardziej twórczych i najwybitniejszych dermatologów włoskich. Zresztą nie tylko klinika dermatologiczna, ale także cały uniwersytet w Pavii jest jednym z najznamienitszych we Włoszech.

Turyn. Nieco większa od kliniki w Pavii i z większym jeszcze komfortem urządzona jest klinika dermatologiczna w Turynie. Jej dyrektorem jest prof. E. Bizzozero, pochodzący z rodziny, której nazwisko tak dobrze znane jest każdemu lekarzowi. Również i w Turynie wybudowano ostatnio całkiem nowe „miasto" szpitalne, które tworzy jakby nową dzielnicę; właśnie odbywa się instalacja oddziałów szpitalnych i klinik w nowych budynkach.

W gmachu kliniki dermatologicznej mieści się również oddział szpitalny; rozdział przeprowadzono w ten sposób, że klinika zajmuje parter i I piętro, natomiast oddział, którego prymariuszem jest prof. Ferrari — umieszczono na II piętrze. Cały gmach urządzony jest przepięknie, a zaopatrzenie jego pod względem gospodarczym i naukowym najnowocześniejsze. Klinika i oddział mają wspólne urządzenia gospodarcze i prowadzą wspólną gospodarkę, niezależną od reszty klinik i szpitala. Mają więc własną kuchnię, własną pralnię mechaniczną z urządzeniem odkażającym; nie brakło nawet salki sekcyjnej z wspaniałą lodownią do przechowywania zwłok. W budynku znajduje się też kapliczka, mała, lecz ślicznie urządzona, z oddzielnymi miejscami dla kobiet i mężczyzn. Przypatrywałem się temu wszystkiemu i choć przyzwyczajony już byłem do rozmachu prac dzisiejszych Włoch, przecież nie mogłem się nadziwić, jak wszystko w tej klinice zostało dokładnie przemyślane, z jakim zbytkiem, niemal bez oglądania się na koszty — urządzone. Gdybyż tylko o tę jedną klinikę chodziło — ostatecznie nie było by w tym nic nadzwyczajnego. Lecz przecie należy zważyć, że tuż obok wybudowano wszystkie inne kliniki, całe miasto szpitalne, złożone z kilkunastu zupełnie nowych, imponujących gmachów. A wszystkie w ten sam sposób urządzone i wszystkie tak samo doskonale wyposażone, wedle ostatniego wyrazu techniki, wedle wszystkich wymagań nowoczesnego szpitalnictwa, higieny i nauki. Jeśli we Włoszech głoszą hasło, że pragną poprawić rasę, że pragną zdrowia szerokich mas ludności — to nie ma w tym próżnych słów, są fakty i prace, szpitale i kliniki i instytuty — żywe świadectwo i ucieleśnienie głoszonych haseł.

Klinika i oddział są bardzo ruchliwe i bardzo czynne na polu twórczości naukowej. Każdy przypadek jest tam doskonale opracowany, wszystkie ważniejsze ogłaszane; w klinice przeprowadza się też badania doświadczalne. Mam przed sobą stos odbitek prac, które wyszły z Turynu w ostatnich kilku latach. Imponujący tom. Szef kliniki utrzymuje żywy kontakt z dermatologią francuską, a na posiedzeniach Lyońskiego T-wa Dermatologicznego jest bardzo częstym gościem. Zarówno on sam, jak i jego asystenci pracują — jak wspomniałem — istotnie bardzo wiele; ostatnio klinika turyńska poświęciła wiele uwagi i pracy sprawie tzw. „ziarnicy" dobrotliwej, chorobie, opisanej przez Francuzów Nicolas'a i Favre'a.

Przypadek zdarzył, że byłem obecny na posiedzeniu Piemonckiego Oddziału Włoskiego T-wa Dermatologicznego, którego prezesem jest obecnie prym. prof. Ferrari. Pomijam szereg cennych przypadków, jakie na posiedzeniu tym przedstawiano. Zwróciły moją uwagę krótkie sprawozdania z badań naukowych, bardzo treściwe i zwięzłe, a wygłaszane nie tylko przez obu profesorów, lecz także przez asystentów kliniki i oddziału, ludzi przeważnie bardzo młodych. Zwyczaj wygłaszania sprawozdań z dokonanych prac przed oddaniem ich do druku, znany mi zresztą z posiedzeń Paryskiego i Strassburskiego T-wa Dermatologicznego — uważam za bardzo dobry sposób kształcenia młodych sił naukowych. Nad referatami wywiązuje się dyskusja i w ten sposób umysł początkujących badaczy kształci się w kontroli własnych dociekań i własnych poglądów, a fakt, że tak wielu młodych ludzi garnie się do pracy uważam za zjawisko znamienne dla prądów, jakie w dzisiejszych Włoszech panują: nowe pokolenie włoskie zostało porwane hasłem twórczości i pracy...

Przyjęcie, jakiego doznałem w Turynie, było nie tylko życzliwe, lecz wprost serdeczne. I znów nie szczędzono czasu ni trudu, by wszystko mi pokazać i wszystko objaśnić. Nadmienię przy tym, że ten życzliwy stosunek lekarzy włoskich przypisać należy nie tylko uprzejmości tych ludzi, ale także niekłamanej sympatii, jaką naród włoski odczuwa dla Polski i Polaków. Ze zdziwieniem np. stwierdzałem niejednokrotnie, jak dobrze znają we Włoszech naszą historię i jak żywo interesują się sprawami odrodzonej Polski. A współcześni nasi dermatologowie są dobrze znani włoskim kolegom.

Włosi zachowali dobrze w pamięci fakt, że Polska jako jedna z pierwszych zniosła sankcje, które odczuto we Włoszech nie tylko jako cios ekonomiczny, lecz przede wszystkim jako ogromną krzywdę moralną, wyrządzoną całemu Narodowi włoskiemu. Z goryczą mówią o nich tablice pamiątkowe, wyryte we wszystkich miastach włoskich w rocznicę wprowadzenia sankcyj. Oto napis, jaki wyczytałem na ratuszu turyńskim:

18. XI. 1935.

Na pamiątkę oblężenia,
Aby po wszystkie wieki utrwalić pamięć
ogromnej krzywdy, wyrządzonej Italii,
której tak wiele zawdzięcza
Cywilizacja wszystkich krajów.

* * *

Turyn był ostatnim miastem włoskim, w którym zatrzymałem się. Stamtąd pojechałem do Paryża. I aż do samej granicy francuskiej oglądałem dzieło pracy rąk ludu włoskiego: jechałem bowiem nową linią kolejową, wybudowaną niedawno, wykutą w skałach Alp Morskich, wijącą się serpentynami po zboczach górskich, biegnącą po śmiało zawieszonych mostach, wpadającą w dziesiątki krótszych i dłuższych tuneli.

A potem wjechałem już w inny świat...

MATERIAŁ CHORYCH W KLINIKACH I SZPITALACH WŁOSKICH.

Zwiedziwszy w ciągu niespełna 3 miesięcy szpitale i kliniki wiedeńskie, włoskie, paryskie i berlińskie mogłem przekonać się, jak różny spotyka się materiał dermatologiczny zależnie od krajów, narodowości i szerokości geograficznych. Że wchodzi tu w rachubę nie tylko klimat i rozmaity stopień nasłonecznienia, lecz także różny sposób odżywiania, różne warunki pracy i higieny — to nie ulega żadnej wątpliwości. Zwróciłem już na ten szczegół uwagę, kiedy przed 5 laty zdawałem sprawozdanie z podróży naukowej po Francji i Anglii. Zjawisko to jaskrawo rzuca się w oczy, jeśli porówna się materiał chorych spotykany w klinikach i szpitalach włoskich, z materiałem klinik paryskich lub wiedeńskich. Przede wszystkim więc odniosłem wrażenie, że ilość schorzeń skórnych jest w ogólności we Włoszech *mniejsza,* niż w innych krajach. Materiał dermatologiczny włoski jest cenny i różnorodny, w sumie jednak, w stosunku do gęstości zaludnienia i do ilości mieszkańców jest mniejszy, niż w krajach północno-europejskich. Zjawisko to być może przypisać należy dość znacznej ilości uniwersytetów, jako też dużej ilości miasteczek średniej wielkości, a więc takich, które mają oddziały szpitalne lub kliniki dermatologiczne; dzięki temu ruch chorych nie koncentruje się w dużych tylko miastach, lecz jest równomiernie rozdzielony na cały szereg pomniejszych ośrodków. Niezależnie jednakże od tego tłumaczenia sądzę, że ilość chorych na schorzenia skórne jest we Włoszech w stosunku do ilości mieszkańców mniejsza, niż w innych krajach. Bardzo być może, że wpływa na to klimat Półwyspu.

Że ilość chorych na *gruźlicę toczniową* jest we Włoszech mniejsza, jest to faktem od dawna znanym i przez wielu autorów stwierdzonym. Spotyka się oczywiście nie tak rzadko przypadki tocznia i to zniekształcającego lub zaniedbanego, w sumie jednakże nie ma tego wiele. Zresztą to samo zjawisko spostrzegałem także w Paryżu. We Włoszech ilość chorych na tocznia pospolitego jest może jeszcze mniejsza i dlatego np. brak jest w Instytucie Forlanini'ego oddziału dla gruźlicy skóry; po prostu nie opłaca się go stwarzać. Inna rzecz, że przydałby się we Włoszech *centralny* instytut dla leczenia wyłącznie tocznia pospolitego skóry na wzór doskonale urządzonego wiedeńskiego *„Lupusheim"* lub Instytutu Finsena

w Kopenhadze. Zresztą jest to postulat, z którym można by się zwrócić pod adresem wielu państw, bo moim zdaniem byłby to jedyny racjonalny sposób zwalczania tego schorzenia. Nie ulega żadnej wątpliwości, że Włochy miałyby to zadanie znacznie ułatwione, dzięki stosunkowo niewielkiej ilości chorych na toczeń.

Stosunkowo najwięcej przypadków toczeń widziałem w Mediolanie. Być może, że pozostaje to w związku z tamtejszym klimatem; w porze, w której Mediolan widziałem, gęsta, nieprzenikniona mgła zalegała ulice, przez co miasto to żywo przypominało mi Londyn. Podobnie i w Pavii było niemożliwym dojrzeć cokolwiek na odległość kilkunastu kroków.

Dziwnym jest, że również i *zmian wypryskowych skóry* spotyka się we Włoszech stosunkowo niewiele. Oczywiście, to niewątpliwie najczęściej na całym świecie spotykane schorzenie skóry, jest plagą całej ludzkości — zatem nie brak wyprysku i we Włoszech, wydało mi się jednak, że spotyka się go rzadziej, niż np. u nas lub w Wiedniu. Również i *świerzbu* nie widuje się we Włoszech tak wiele, jak np. w Paryżu lub w Wiedniu.

Ze zdziwieniem stwierdziłem, że ilość *pęcherzycy* nie jest we Włoszech mała. Schorzenie to nie należy oczywiście do częstych i wypadki jego stanowią szczęśliwie zaledwie mały odsetek wszystkich chorób skórnych. Niemniej nie mogłem stwierdzić, by ilość chorych na pęcherzycę była na klinikach i w szpitalach włoskich mniejsza, niż np. u nas lub w Wiedniu. Spotykałem przypadki tej choroby we wszystkich niemal oddziałach dermatologicznych, które we Włoszech zwiedzałem, na niektórych nawet po kilka przypadków. Leczenie w ogóle nie odbiega od powszechnie stosowanego; łóżek wodnych nie używają. Germanina, podobnie jak i u nas, przeważnie zawodzi. Na kilku klinikach otrzymano dobre wyniki, przez leczenie pęcherzycy preparatami gruczołów wkrewnych, głównie jajników (klinika bolońska, szpital *„della Pace“* w Neapolu).

Chorób *grzybkowych* spotyka się dość dużo, nie brak wśród nich także strupnia woszczynowatego; epilację wykonują za pomocą naświetlania promieniami Roentgena, we Florencji — jak wspomniałem — radem (u małych dzieci).

Rzecz dziwna, że w całych północnych Włoszech nie widziałem ani jednego przypadku rumienia „lombardzkiego“ *(Pellagra)*. W Padwie pokazywał mi prof. T r u f f i chorego z rumieniem podobnym do *Pellagry („pellagroid“)*, a prof. M a r i a n i w Pavii nadmienił, że i on widuje raczej rumienie, podobne do pelagry, niż właściwą pelagrę, jednakże w wydarzeniach sporadycznych (1—2 rocznie); wyjątkowo widzi się w Lombardii prawdziwy rumień „lombardzki“, może najwięcej w okręgu Verony (kilkanaście przypadków rocznie). Zatem nazwa, powszechnie zresztą używana, „rumień *lombardzki*“, jest już anachronizmem i powinna zniknąć ze słownictwa dermatologicznego. Że choroba ta przestała być „lombardzką“ przypisać to należy temu, iż ludność tamtejsza przestała odżywiać się wyłącznie kukurydzą.

Rzecz u nas nie spotykana — *trąd* — nie należy we Włoszech do rzadkości. Są to przeważnie przypadki, dotyczące reemigrantów z Brazylii (głównie z S. Paulo); zachorowania osób, które nie opuszczały kraju macierzystego, zdarzają się wprawdzie, lecz nie tak często. Niemal przy każdym oddziele dermatologicznym znajduje się mały oddział dla chorych na trąd. Oddziały te są oczywiście odosobnione i zamknięte. Niedawno wybudowano w Genui duży i nowocześnie urządzony szpital, przeznaczony specjalnie dla trędowatych. Rząd poświęca tej sprawie wiele uwagi, co pozostaje w związku z tym, że emigracja włoska jest bardzo liczna (ponad 8 milionów Włochów żyje na obczyźnie). Sprawa zwalczania trądu nabrała obecnie tym większego znaczenia dla Włoch, że w Abisynii ilość chorych na trąd jest bardzo duża i do niedawna stale się zwiększała, ponieważ chorzy mogli bez przeszkody poruszać się po kraju. Stwierdzano trąd nawet wśród żołnierzy dawnej armii abisyńskiej, branych przez Włochów do niewoli. Czeka zatem rząd włoski nowe, a ważne zadanie, by nie tylko nie dopuścić do metropolii napływu nowych przypadków trądu, lecz — co może ważniejsze — by ochronić od niego kolonistów włoskich, których zamierza w Abisynii osiedlić.

W Turynie spotyka się stosunkowo dość wiele chorych z *„ziarnicą dobrotliwą“*, opisaną niedawno przez N i c o l a s'a i F a v r e'a. Tym się tłumaczy duża ilość prac i wartościowych spostrzeżeń, dotyczących tej choroby, coraz częściej poza Francją spotykanej, prac, które wychodzą z kliniki turyńskiej. Prof. B i z z o z e r o leczy to schorzenie jodem i otrzymuje w ogóle dobre wyniki. Nierzadko spostrzegają w Turynie rumień wielopostaciowy lub guzowaty, towarzyszący chorobie N i c o l a s'a i F a v r e'a; jest to jeden dowód więcej, że wspomniane osutki mogą mieć rozmaitą etiologię.

Z innych rzadszych schorzeń skórnych widziałem w klinikach włoskich kilka przypadków łupieżu czerwonego D e v e r g i e g o, ziarniniaka obrączkowatego (w tym 2 przypadki u chorych na cukrzycę), świerzbiączki guzkowatej H y d e'a, erytrodermię rybiołuskowatą B r o c q'a, przebiegającą z tworzeniem pęcherzy, mięsaka barwikowego typu K a p o s i e g o (nie tak rzadkie przypadki w Pavii!), rogowca dziedzicznego dłoni i podeszew itd. Niesposób oczywiście wyliczyć wszystkich przypadków godniejszych uwagi.

Ilość chorób *w e n e r y c z n y c h* jest we Włoszech dość znaczna, odniosłem wrażenie, że wyższa niż u nas. W tej dziedzinie jest we Włoszech jeszcze wiele do zrobienia, głównie na polu propagandy. Na polu lecznictwa zrobiono już bardzo wiele, np. każdy chory weneryczny (podobnie zresztą, jak u nas) ma zapewnione wszędzie leczenie i leki bezpłatne, a ambulatoria popołudniowe i wieczorne ułatwiają chorym korzystanie z poradni bez uszczerbku dla swego zawodu. Ilość chorych na kiłę jest dość znaczna, lecz nie jest tak duża ani nie stanowi dla Włoch zagadnienia pod względem społecznym tak ważnego, jak np. we Francji. Rzeżączka jednakże jest bardzo rozpowszechniona i chorzy rzeżączkowi stanowią większość leczonych w przychodniach każdego oddziału dermatologicznego. Wrzód miękki spotyka się tylko w sporadycznych przypadkach, nieco częściej może w Mediolanie.

Leczenie kiły i rzeżączki nie różni się od metod, stosowanych w innych krajach. W leczeniu kiły posługują się salwarsanem wytwórni mediolańskiej; preparat ten (*„Neojacol“*) znoszą chorzy bardzo dobrze, a wstrząsy „azotynowe“ należą do wyjątków. W leczeniu rzeżączki posługują się przeważnie metodą francuską tj. przepłukiwaniami według J a n e t a, zależnie zresztą od oddziału, nie brak bowiem klinik i szpitali, leczących rzeżączkę metodą niemiecką, za pomocą wstrzykiwań do cewki przedniej. Włosi mają też własny preparat (*„argocuprol“*), który działa wprawdzie bardzo energicznie, lecz nierzadko drażni. Chętnie więc posługują się preparatami srebrowymi wyrobu niemieckiego. W ogóle mogłem stwierdzić, że leki niemieckie znajdują we Włoszech szerokie zastosowanie, jak mi mówiono, coraz szersze. Pozostaje to niewątpliwie w związku z ostatnimi wydarzeniami politycznymi.

W lecznictwie dermatologicznym używają we Włoszech na dużą skalę środków fizykalnych, głównie światłolecznictwa; w odpowiednie aparaty każda klinika i każdy oddział zaopatrzone są dobrze, nie mówiąc już o słynnym Instytucie Lecznictwa Fizykalnego we Florencji, oraz o nowo wybudowanych i urządzonych klinikach, doskonale wyposażonych we wszystkie nowoczesne aparaty.

WŁOSKIE NAUKOWE PIŚMIENNICTWO DERMATOLOGICZNE.

Życie dermatologiczne włoskie skupia się w T-wie Dermatologicznym *(Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia)*, liczącym ponad 300 członków zwyczajnych. Dzieli się ono na sekcje, odpowiadające prowincjom włoskim; istnieje więc sekcja lombardzko-liguryjska, toskańsko-umbryjska, piemoncka, sardyńska, *„delle Tre Venezie“* itd. Sprawozdania z posiedzeń naukowych poszczególnych sekcyj ogłaszane są w wspólnym biuletynie (*Bolettino delle Sezioni Regionali)*, wydawanym w Mediolanie.

Naukowe piśmiennictwo dermatologiczne reprezentowane jest we Włoszech przez 3 czasopisma. Największym i najbardziej rozpowszechnionym jest *„Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia“*, najstarsze i jedno z najpoważniejszych czasopism dermatologicznych na świecie. Zostało ono założone w r. 1866 przez zasłużonego działacza społecznego S o r e s i n ę i od tego czasu wychodzi bez przerwy w Mediolanie. Obecnymi redaktorami są profesorowie P a s i n i i B e l l i n i, a w skład komitetu redakcyjnego wchodzą dyrektorowie wszystkich klinik włoskich. Jest to dwumiesięcznik, obejmujący nie tylko dział prac oryginalnych, lecz także i dział referatowy, poświęcony piśmiennictwu zagranicznemu. Jako osobny dodatek do tego czasopisma ukazują się co pewien czas zeszyty wspomnianego powyżej „biuletynu“, w którym podawane są opisy i fotografie przypadków, przedstawianych na posiedzeniach poszczególnych oddziałów włoskiego T-wa Dermatologicznego. *„Giornale“* zatem uderzająco przypomina francuskie *„Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie“*. W ogóle mogłem zauważyć, że dermatologia włoska znajduje się pod bardzo dużym wpływem szkoły francuskiej. Wpływ ten uwidacznia się na każdym kroku, a potęgują go częste wyjazdy lekarzy włoskich na studia

do Paryża. Czy wychodzi to na korzyść szkole włoskiej? Niewątpliwie *tak*. Zauważyłbym jednak, że umysłowość włoska dość znacznie różni się od francuskiej i dlatego ten jednostronny, a nazbyt silny wpływ działa może nieco hamująco na stworzenie własnej, *oryginalnej* szkoły włoskiej; a na szkołę taką Włochy mogą się zdobyć, mają bowiem wielu i to wybitnych uczonych, wiele klinik i oddziałów szpitalnych oraz dobre warsztaty pracy. Toteż w ostatnich latach coraz częściej zaczyna się mówić o „szkole" dermatologicznej włoskiej, że przytoczę tylko sprawę układu siateczkowo-śródbłonkowego skóry, a więc dziedzinę, której dermatologia włoska poświęciła wiele istotnie wartościowych prac.

Drugim włoskim czasopismem dermatologicznym jest miesięcznik *„Il Dermosifilografo"*, wydawany w Turynie przez profesorów Cappelliego, Bizzozero i Marianiego. Nieduże to, lecz świetnie redagowane czasopismo ogłasza prace oryginalne i bardzo wartościowe.

Wreszcie w Bolonii wychodzi trzecie dermatologiczne czasopismo włoskie *„Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia"*, dobrze redagowane przez prof. Martinottego.

Dermatolog włoski ma zatem do dyspozycji bardzo obszerne własne piśmiennictwo: „biuletyn", zamieszczający fotografie i wyczerpujące opisy przypadków, przedstawianych na posiedzeniach naukowych wszystkich oddziałów Włoskiego T-wa Dermatologicznego, oraz 3 czasopisma, z tych jedno bardzo obszerne, zawierające prócz prac oryginalnych także spory dział referatowy.

Nadmienię, że wszystkie wydawnictwa włoskie mają bardzo ładną szatę zewnętrzną, drukowane są wyłącznie na papierze kredowym i wszystkie zaopatrzone są w świetne ryciny; jest to szczegół bardzo ważny, szczególnie dla wydawnictw dermatologicznych.

Lecz na tym nie kończy się włoskie dermatologiczne piśmiennictwo naukowe. Włosi bowiem wydają ponadto co pewien czas księgi pamiątkowe, poświęcone bądź pamięci zasłużonych uczonych, bądź krajowym zjazdom naukowym. Wydawnictwa te ukazują się niezależnie od czasopism, wychodzących okresowo i zawierają ogromny materiał prac oryginalnych, i jak wszystkie wydawnictwa włoskie mają bogatą, często zbytkowną szatę zewnętrzną oraz świetne fotografie. Mam przed sobą 3 takie „księgi": jedną z nich poświęcono profesorowi Mantegazza; jest to imponujący tom o 722 stronicach, wydany w r. 1933, głównie staraniem prof. Marianiego, jednego z najznamienitszych dermatologów włoskich; księga zawiera 20 prac, napisanych przez uczniów jubilata. Drugą księgę poświęcono pamięci przedwcześnie zmarłego a bardzo uzdolnionego prof. G. Truffiego jun., o którym już wspomniałem; księga ukazała się w ubiegłym roku i zawiera 8 prac kolegów Zmarłego. Wreszcie książka trzecia to małe, lecz sympatyczne wydawnictwo prof. De Amicis jun., obejmujące kazuistykę, a więc opisy i doskonałe fotografie cenniejszych przypadków, badanych w szpitalu *della Pace* w Neapolu; wzór godny naśladowania przez inne kliniki.

Wyliczyłem oczywiście te „księgi", które są mi znane; a należy zważyć, że nie ma prawie roku, by wydawnictwa takie we Włoszech nie ukazywały się. Już samo to niechaj będzie miarą ruchliwości i pracowitości dermatologów włoskich.

Te nadprogramowe wydawnictwa są jednak jedną z przyczyn, dla których nie orientujemy się dobrze w pracach, jakie wychodzą spod pióra włoskich badaczy; aby poznać piśmiennictwo włoskie, nie wystarczy czytać czasopisma naukowe, lecz należy także znać wydawnictwa okolicznościowe, a to jest już rzeczą trudną. Dlatego moim zdaniem było by korzystniej dla dermatologii włoskiej i światowej, gdyby zamiast tych ksiąg pamiątkowych poświęcano czy to pamięci wybitnych mężów nauki, czy też zjazdom włoskiego T-wa Dermatologicznego — poszczególne zeszyty czasopism *już istniejących*. Takie zeszyty, ukazujące się okolicznościowo, oczywiście w zwiększonej objętości, miałyby tę zaletę, że docierałyby do wszystkich abonentów, ułatwiając im zaznajomienie się z pracami włoskimi. Przy obecnym stanie rzeczy nie możemy sobie zdać sprawy z całokształtu pracy włoskich dermatologów; a praca ta jest i wielka i wartościowa i naprawdę niezmordowana.

* * *

Istnieje w północnych Włoszech, w Predappio, uboga i skromna zagroda, ot zwykła chłopska zagroda kamienna, taka, jakimi usiane są całe niemal Włochy. Na murach tego domu czytać można napis tej treści:

„W tej zagrodzie, zwanej *„Collina"*, od r. 1600 do r. 1900 żyły i pracowały pokolenia chłopów Mussolinich — i tu urodził się mój ojciec...".

„Żyły i pracowały pokolenia chłopów...". W tych prostych słowach uczcił Wódz narodu nie tylko swoje pochodzenie z ludu, nie tylko złożył hołd swym przodkom, lecz zrobił coś więcej: uczcił i oddał hołd *pracy* ludu włoskiego. I nakaz *pracy* rzucił swemu narodowi jako hasło.

Rytm *pracy napełnił* cały Półwysep i kolonie. Porwał wszystkie warstwy społeczne i wszystkie zawody. Pracowite ręce ludu włoskiego wznoszą gmach Nowej Italii. Do tego gmachu, wyłaniającego się coraz to śmielej, zarysowującego się coraz to wyraźniej — dorzucają cegiełki Włosi wszystkich stanów. Stanął do pracy także lekarz włoski; nie brakło w tym wysiłku i dermatologa włoskiego. Obok tysięcy kilometrów nowych szos i nowych dróg żelaznych, mostów i tuneli, osuszonych bagien i rozszerzonych portów, obok nowych izb szkolnych i fabryk, obok imponujących instytutów naukowych, nowych klinik i szpitali — obok tak wielu dzieł i pomników pracy ludu włoskiego — wyłaniać się zaczyna także i dzieło dermatologa włoskiego: nowa, zdrowa i pracowita — *dermatogia italska.*

BIBLIOGRAFIA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Lekarskie. Z. 17. 1937. Szmurło J.: Rozwój wskazań leczniczych Ciechocinka. — Stojałowski K.: Obrazy anatomo-patologiczne powiększonej śledziony. — Tuszewski St.: Uwagi kliniczne w sprawie powiększonej śledziony. — Łabendziński Fr.: Hematologia splenomegalii. — Granatowicz J.: Leczenie rentgenowskie białaczki w Klinice Chirurgicznej U. P.

Chirurg Polski. Nr 8. 1937. Granatowicz J.: Naświetlania przedoperacyjne raka sutka promieniami Roentgena. — Wolański R.: W sprawie leczenia operacyjnego przetok kałowych kątnicy, powstałych w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego. — Knoreck J.: Stany zapalne cewki moczowej i szyi pęcherza moczowego u kobiety.

Lekarz Wojskowy. T. XXX. Nr 2. 1937. Szmurło J.: Bóle głowy w chorobach górnego odcinka dróg oddechowych i uszu. — Bętkowski T.: Zasady postępowania chirurgicznego wobec uszkodzeń sportowych (c. d.). — Cybulski A.: Soja i jej wartość odżywcza (dok.). — Klukowski Z.: Instrukcja dla lekarzy polowych w powstaniu 1863 r.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 36. 1937.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 33. 1937. Kafka V.: Znaczenie kliniczne badania płynu mózgowo-rdzeniowego na podstawie własnych metod i doświadczeń. — Jochweds B. i Grynberg Z.: Niektóre objawy prodromalne chorób zakaźnych u osób starszych. — Oppenheim B.: Przyczynek do wprowadzenia do lecznictwa nowego środka chemoterapeutycznego soli sodowej estru propylowego kwasu paraoksybenzoesowego. — Nelken J.: Humanizacja wojny w świetle zagadnień higieny psychicznej (dok.).

Biologia Lekarska. Z. 7. 1937. Zakrzewski Z.: Nowotwory, ich istota, geneza i środki ich zwalczania (dok.).

Wiadomości Weterynaryjne. Nr 205. 1937.

Młoda Matka. Nr 17. 1937.

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr 17. 1937.

Pediatria Polska. T. XVII. Z. 4. 1937. Borkowski W., Horbowski L. i Prokopowicz-Wierzbowska M.: Rzeżączka u dzieci. — Kossakowski J.: „Karbunkuł" nerki u dziecka. — Zamenhof M.: Wykwity skórne w przebiegu płonicy. — Barański R. i Bussel M.: Uwagi w sprawie leczenia stanów zatrucia dzieci do lat dwóch na podstawie materiału klinicznego.

Medycyna Doświadczalna i Społeczna. T. XXII. Z. 3—4. 1937. Ryszkowska M.: Działanie alkaloidów grzybienia na myszy „decerebrowane". — Makower H. i Goldberg F.: O szybkich metodach aglutynacyjnych. — Berman M.: Związek między działaniem hemolitycznym saponin a ich farmakodynamicznym działaniem na narządy wewnętrzne. — Markuze Z.: Wartość biologiczna białka niektórych produktów zbożowych i ich przetworów. — Afremow I.: Przystosowanie się drobnoustrojów

do wysokiej koncentracji NaCl. — Miller J. M.: Wpływ proteinoterapii na układ siateczkowo-śródbłonkowy. — Seydel J.: Badania biologii maczugowców błonicy pochodzących z obecnej epidemii. Doniesienie III. W sprawie stałości typów w obrębie maczugowców błonicy. — Rogoźnicka R.: Przyczynek do sprawy stosunku pomiędzy strukturą antygenową bakterii a ich wrażliwością na działanie bakteriofagów. — Szabuniewicz B.: Badania niepobudliwości mięśni pod wpływem wielokrotnego drażnienia. Celarek J.: Uodpornianie koni anatoksyną błoniczą ałunową. — Fiszerów H.: Przyczynki do sprawy swoistości bakteriofagów gronkowcowych. Doniesienie I. Absorpcja swoistych bakteriofagów przez różne szczepy gronkowca. — Ganc P.: Przyczynki do sprawy swoistości bakteriofagów gronkowcowych. Doniesienie II. Stosunek między zlepliwością szczepów gronkowcowych a ich zachowaniem się względem bakteriofagów. — Celarek J.: Surowica enterokokowa.

Kronika Dentystyczna. Nr 3. 1937.

Wiedza Lekarska. Nr 8. 1937. Monis J.: Przyczyny powstawania kamicy nerkowej i jej leczenie.

Prasa Lekarska. Nr 9. 1937. Węgierko J.: Zasady leczenia dietetycznego kamicy żółciowej (dok.). — Zaleski W.: O porodach bezbolesnych (c. d.). — Nadel A.: Choroby alergiczne skóry.

Pielęgniarka Polska. Nr 7—8. 1937.

OCENY.

Traité de chirurgie orthopédique (Podręcznik chirurgii ortopedycznej). OMBREDANNE et MATHIEU. Tom III. Masson et Cie, Paryż 1937.

Opuścił prasę tom III pomnikowego dzieła, obejmującego całokształt chirurgii ortopedycznej, pod redakcją słynnych chirurgów Ombredanne i Mathieu, którego poszczególne rozdziały opracowane są przez licznych specjalistów, jak Petit-Dutaillis, Coste, Huc, Oberthur, Garnier, Tavernier, Delahaye, Clavelin, Mouchet, Padovani i in. Książka, wydana z tradycyjną dla firmy Masson starannością i przepychem typograficznym, ozdobiona bardzo licznymi, pouczającymi rycinami, jest doskonałym podręcznikiem, zawierającym wszystko, co stworzyła nowoczesna chirurgia ortopedyczna, i stanowi niezawodny drogowskaz dla każdego, kto się tą gałęzią lecznictwa zajmuje. Opracowana z nadzwyczajną dokładnością, jednak bez nudnej pedanterii i drobiazgowości, pisana językiem potoczystym, ilustrowana hojnie pięknymi rysunkami i radiogramami, książka ta jest niewyczerpanym źródłem wiadomości i wskazówek rozpoznawczych, operacyjnych i leczniczych.

Pierwszy rozdział tomu III stanowi praca Petit-Dutaillis o guzach kręgosłupa z pięknymi zdjęciami rentgenowskimi i rysunkami preparatów anatomicznych. Następnie Coste omawia nerwobóle kulszowe i ich objawy ortopedyczne. Z wzorową dokładnością opracowany jest rozdział o anatomii i fizjologii pasa barkowego przez Huca i Oberthura. Działanie skomplikowanego aparatu ruchowego barku i łopatki oraz wszelkie zaburzenia i uszkodzenia i ich leczenie, ilustrowane przepięknymi i pouczającymi rycinami, opisane zajmująco i przejrzyście, jest może najlepszą częścią tej doskonałej książki. Następuje rozdział o klatce piersiowej i stawie barkowym, opracowany przez Garniera. Zwichnięcia wrodzone i nabyte w stawie barkowym omawia Ombredanne, podając mnóstwo metod operacyjnych i krytyczne ich omówienie. Sprawy zapalne i gruźlicze barku opracowali Delahaye i Bouquier. O złamaniach kości ramieniowej pisze Clavelin. Nadzwyczaj pięknie opracował Mouchet chirurgię ortopedyczną stawu łokciowego, chirurgię przedramienia Boppe. O nadgarstku pisze Rocher, o złamaniach i zwichnięciach nadgarstka Mouchet, wreszcie o dłoni i palcach bardzo obszernie i oryginalnie Ivelin. Na końcu każdego rozdziału znajduje się starannie zebrane piśmiennictwo, obejmujące publikacje francuskie, angielskie, włoskie i niemieckie.

Książka wyborna i bardzo pożyteczna.

Ruff (Lwów).

Zagadnienia konstytucjonalizmu w chorobach zakaźnych wieku dziecięcego. HIRSCHFELDOWA H. Warszawa 1937. (Polskie monografie i wykłady kliniczne z dziedziny pediatrii).

Książka ta pragnie połączyć w całość szereg dociekań i badań, przeprowadzonych w ciągu ostatnich lat kilkunastu przez samą autorkę i innych, dotyczących zagadnień i roli odgrywanej przez czynniki wrodzone w chorobach zakaźnych. Ograniczywszy temat nieco ściślej, można by go określić jako zagadnienie odmiennej wrażliwości i odporności osobniczej i gatunkowej genotypu. Bo ujęcie odmiennego przebiegu i zejścia choroby w zależności od czynników konstytucjonalnych jest jeszcze dziś bardzo trudne, sprawa jest przez autorkę zaledwie tu i ówdzie wspomniana i traktowana raczej jako wizja przyszłości. W opracowaniu swego tematu musiała się autorka oprzeć przede wszystkim na danych statystycznych. A wiemy jakiej dozy wyostrzonego krytycyzmu wymagają i ilu zastrzeżeniami obwarowane być muszą wnioski snute na tej podstawie. Toteż formułuje je autorka zawsze bardzo ostrożnie, usuwając skrupulatnie w analizie czynniki uboczne, w tym wypadku wpływy przeżyciowe grające rolę w zapadalności (warunki ekspozycji, zakażenia utajone).

Omówiwszy ewolucję pojęcia dyspozycji i konstytucji w chorobach zakaźnych, podaje wyniki dotychczasowych badań różnic wrażliwości u roślin, zwierząt i ludzi, oraz stara się określić mechanizm tych różnic. Hołdując poglądowi o samoistnym powstawaniu ciał odpornościowych i stopniowym ich pomnażaniu (serogeneza) na podłożu wrodzonym, przeprowadza szeroką polemikę ze szkołą pediatrów niemieckich, którzy wszelkie różnice w odporności tłumaczą wyłącznie działaniem bodźców zewnętrznych, mianowicie zakażeń jawnych i utajonych. W związku ze swym poglądem na sprawę wrażliwości i odporności omawia też autorka konsekwencje epidemiologiczne. Następnych kilka rozdziałów poświęcone jest genetyce wrażliwości i odporności. Porusza tu ważne zagadnienie nierównych szans życiowych obu płci, oraz przedstawia próby umiejscowienia genów odpornościowych w chromosomach grupowych, przy czym dochodzi do wniosku o prawdopodobnym sprzężeniu wrażliwości na błonicę i płonicę z grupą krwi. Na podstawie spostrzeżeń własnych oraz posługując się materiałem i wynikami badań innych autorów przedstawia różnice odporności w różnych kategoriach wieku. Ma to swoje doniosłe znaczenie praktyczne, bo zazębia się o tak żywo dyskutowaną dziś kwestię masowych szczepień ochronnych.

Dla klinicysty i dla teoretyka ma książka Hirschfeldowej znaczenie zasadnicze. Ukazuje horyzonty, na razie jeszcze dalekie, ale na wskróś oryginalne i nęcące, oraz woła o skrzętne i wytrwałe, w pokolenia idące gromadzenie materiałów i obserwacji, celem ostatecznego rozwiązania narzuconych zagadnień.

M. Krzyżanowski (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologia.

Oznaczanie nieorganicznego fosforu we krwi chorych na ostre i przewlekłe zapalenie wątroby. Skutki dożylnego podawania glukozy. S. STOICESKO, L. SCHWARTZ. Ann. de méd. T. 41. Nr 2. 1937.

U ludzi normalnych wytwarza się kwas heksozodwufosforowy, jako produkt pośredni przemiany węglowodanowej. Wobec tego przy podaniu doustnym lub dożylnym glukozy, jak i adrenaliny lub insuliny, następuje spadek fosforu we krwi. U chorych na cukrzycę i u zwierząt pozbawionych trzustki, poziom fosforu nie ulega zmianie. U chorych na ostre i przewlekłe zapalenie wątroby z żółtaczką lub bez, oraz w niektórych przypadkach azotemii, fosfor mineralny we krwi nie zmienia się lub nawet poziom jego wzrasta. Natomiast po podaniu insuliny krzywa fosforowa wzrasta prawie tak, jak w stanach normalnych. W tych schorzeniach zaburzenia w wiązaniu fosforu są niezależne od wydzielania insuliny przez trzustkę, co potwierdza próba Staub-Traugotta polegająca na powtórnym podaniu glukozy, w chwili, gdy hiperglikemia po pierwszym podaniu glukozy zaczyna opadać do normy. Zaburzenia w wiązaniu fosforu nie zależą również od zaburzeń równowagi kwasowo-zasadowej, natomiast są w związku z zaburzeniem pośredniej przemiany węglowodanów, jak to bywa u chorych na cukrzycę.

Z. Webersfeld (Lwów).

Nowe poglądy na patologię przedsionków. Częściowe drżenie i trzepotanie. O. DE CASTRO. Arch. Mal. Coeur. Nr 4. Str. 208. 1937.

Nawiązując do swojej pracy poprzedniej, przedstawia autor szereg elektrokardiogramów, na podstawie których rozpoznaje częściowe drżenie przedsionków. Zdjęcia te wykonano po skrupulatnym wyłączeniu wszelkich czynników ubocznych, mogących zniekształcać krzywą EKG. Mimo to, występują drżenia

fali P oraz linii izoelektrycznej, które autor przypisuje początkowym zmianom umięśnienia przedsionków. Zmiany te obejmują tylko nieliczne włókna mięsne. Większość tychże kurczy się jeszcze prawidłowo, czego dowodem miarowe występowanie fali P.

Rozpoznanie częściowego drżenia i trzepotania przedsionków ma mieć duże znaczenie praktyczne, ponieważ wczesne zastosowanie leczenia (naparstnica, chinidyna) w tych przypadkach może zapobiec ciężkiemu schorzeniu, jakim jest niemiarowość zupełna. *H. Weber* (Lwów).

Znaczenie „czynników pośredniczących" (substances médiatrices) i czynników sterujących (substances d'orientation) w przebiegu regulacji humoralnej serca i jelit. I. DEMOOR. Bulletin de l'Académie de Médecine de Roumanie. T. II. Nr 5.

Serce, jak i wycinki serca zanurzone w utlenionym płynie Lockego wykazują rytmiczne ruchy skurczowe. Dokładnie oddzielony wycinek mięśnia od podosierdziowej tkanki nerwowej w warunkach jak wyżej, kurczy się, ale nie rytmicznie. Dodanie wyciągu wodnego z układu nerwowego, zatokowego lub pęczków Hissa do roztworu, w którym kurczy się nierytmicznie kawałek mięśnia sercowego powoduje przejścia ze skurczów nierytmicznych w rytmiczne. Jak widać z powyższych doświadczeń, automatyzm mięśnia sercowego powoduje kurcze nierytmiczne. Kurcze rytmiczne powstają przy współudziale układu nerwowego serca. Działanie układu nerwowego odbywa się na drodze humoralnej, jak to wynika z działania wyciągów wodnych. Podobne doświadczenia przeprowadzał autor na mięśniach i układzie nerwowym jelit. *Rawicz* (Warszawa).

Badania zmian we krwi we wstrząsie urazowym. P. TEPA i T. DINISCHIOTU. Bulletin de l'Académie de Médecine de Roumanie. T. II. Nr 5.

Wstrząs urazowy powoduje zgęszczenie krwi, cechujące się zwiększeniem ilości krwinek czerwonych i białek krwi. Stosunek albumin do globulin ulega przesunięciu na korzyść ostatnich.
Rawicz (Warszawa).

Doświadczalny przyczynek w sprawie gruźliczej bakcilurii. J. WYLER. Zeitschr. f. urol. Chir. u. Gynäkol. T. 42. Z. 1—2. 1936.

Autor wstrzykiwał do żyły nerkowej królika w znacznym rozcieńczeniu prątki gruźlicze (typ bydlęcy), znajdując je następnie w moczu. Zwierzęta po pewnym czasie ginęły (9—18 dni), przy czym stwierdzało się gruźlicę różnych narządów, ale nigdy nerek. Na tej więc podstawie autor przyznaje, że w dotychczasowych doświadczeniach nie udało się u królika wywołać gruźliczej bakcilurii. *St. Malczyński* (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Warunki widoczności glist w obrazie radiologicznym. ST. JANUSZKIEWICZ. Medycyna. Nr 13. 1937.

W pierwszej na ten temat pracy polskiej, autor zwraca uwagę na następujące objawy podczas badania radiologicznego przy istnieniu glist: 1) ubytek cieniowy, wywołany w kontraście przez ciało robaka; 2) smugi kontrastu pokrywającego jego powierzchnię; 3) ruchomość bierna; 4) ruchomość czynna; 5) cienkie pasemko kontrastu, wypełniającego przewód pokarmowy glisty. Co do ostatniego punktu, autor po raz pierwszy dowiódł — wbrew zapatrywaniom Wiganda — że przewód pokarmowy glisty ludzkiej istotnie może wypełniać się zawiesiną barytu.
St. Malczyński (Lwów).

Rola ciepłostek i węglowodanów w leczeniu cukrzycy. J. WĘGIERKO. Medycyna. Nr 13. 1937.

Autor na podstawie tej, jak i poprzedniej pracy, ogłoszonej w Warsz. Czas. Lek. w 1936 r. dochodzi do następujących wniosków: 1) cukrzycę cechuje głównie upośledzone przyswajanie materiału ciepłostkowego, a nie wyłącznie tylko upośledzenie przyswajania węglowodanów; 2) węglowodany, jako najpotrzebniejszy materiał odżywczy, powinny być podawane chorym na cukrzycę w ilości większej, niż białka i tłuszcze. Dlatego podawanie sacharyny i innych namiastek jest szkodliwe; 3) w cukrzycy należy dbać o dodatni bilans węglowodanowy, a nie starać się o odcukrzenie moczu i normoglikemię. Zwalczanie kilkudziesięciu gramów cukru w moczu jest niepotrzebne, gdyż ten objaw nie jest szkodliwy, skoro chory nie odczuwa pragnienia i czuje się podmiotowo dobrze; 4) wszelkie dolegliwości i powikłania w cukrzycy nie są związane z samą cukrzycą, lecz wynikają ze złego żywienia chorych, z powodu niedostatecznego przyswajania ogólnej ilości ciepłostek, a w szczególności ciepłostek węglowodanowych; 5) podczas insulinowania chorych na cukrzycę, należy podawać im jak największe ilości węglowodanów, gdyż najważniejszym celem leczenia jest zwiększenie przyswajania węglowodanów, a nie odcukrzenie moczu. Podawanie insuliny, przy równoczesnym ubogim w węglowodany pożywieniu, nie ma racji bytu; 6) podawanie diety obfitej, węglowodanowej, nie obniża w przyszłości przyswajania węglowodanów (nie wyczerpuje aparatu trzustkowego), lecz przeciwnie, wzmaga je; 7) podawanie przez czas dłuższy dużych dawek insuliny nie wpływa ujemnie na stan chorych, gdyż insulina umiejętnie stosowana nie posiada ubocznego działania toksycznego. *St. Malczyński* (Lwów).

Tętniaki tętnicy bezimiennej. E. KOZŁOWSKA. Medycyna. Nr 10. 1937.

Schorzenie to należy do rzadkości. Najczęstszą przyczyną jest kiła i miażdżyca naczyń, rzadziej choroby zakaźne, gościec, bardzo rzadko gruźlica. Obraz kliniczny uzależniony jest od ucisku tętniaka na otoczenie. Głównym objawem są bóle w okolicy prawej łopatki, prawego boku, karku, szyi, z innych często występuje duszność i chrypka. Przy wzroście tętniaka stwierdza się na szyi guz elastyczny, tętniący; przysłuchem można stwierdzić szmer skurczowy. Żyły powierzchowne piersiowe, szyjne i prawej kończyny są często rozszerzone. Rozpoznanie jest ułatwione badaniem promieniami Roentgena, stwierdzeniem kiły oraz tętnieniem guza.

Leczenie zachowawcze (leczenie kiły, leczenie jodem, zastrzyki żelatyny) jest mało skuteczne, operacyjne zaś bardzo niebezpieczne.

W końcu autorka opisuje 2 przypadki tętniaków tętnicy bezimiennej na tle miażdżycy naczyń i kiły. W ostatnim przypadku dolegliwości żołądkowe *(crises gastriques)* nasuwały podejrzenie wrzodu żołądka, maskując właściwe schorzenie.
St. Malczyński (Lwów).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia.

Zależność rozprzestrzeniania się wynaczynień (extravasatów) miedniczkowych od właściwości środka wprowadzonego do miedniczki. M. CRUZ. Zeitschr. f. urol. Chir. u. Gynäkol. T. 42. Z. 1—2. 1936.

Autor wykonywał doświadczenia u królików przez wstrzykiwanie pod pewnym ciśnieniem do miedniczki tuszu, czy perabrodylu, mniej lub więcej stężonego, co prowadziło do pęknięć załamka i rozlania się płynu w zakresie *sinus renalis*. Badaniem histologicznym takich nerek stwierdzono, że rozprzestrzenianie się miedniczkowych wynaczynień w przestrzeniach janistych nerki zależy od gęstości wprowadzonego płynu. Im ona jest mniejsza, tym wybitniejsze jest rozlane nacieczenie śródkomórkowych przestrzeni. Natomiast przy większej gęstości, nacieczenie ogranicza się do przestrzeni około-naczyniowych i ich najbliższego sąsiedztwa. *St. Malczyński* (Lwów).

Stosunek pomiędzy wagą a wymiarami płodu. N. A. BORISSOWA. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 101. Z. 1—2.

W badaniach uwzględniono wagę płodów, długość, objętość klatki piersiowej, odległość potyliczno-siedzeniową oraz wymiar prosty główki. Wszystkie przypadki podzielono, zależnie od wagi na 4 grupy, a w każdej grupie obliczono przeciętne wartości dla chłopców i dziewcząt. Badania przeprowadzono u 1.676 dzieci. Wyniki: 1) na każde 500 g przybytku wagi płodów, wszystkie wymiary, tak u chłopców, jak i u dziewcząt zwiększają się o 1 cm; 2) największy odsetek płodów wykazuje wagę 3.000 do 3.500 g; 3) w każdej grupie, największą ilość przypadków obserwuje się u dzieci, zbliżonych do wartości średnich.
J. Lenczowski (Lwów).

Ciężki przypadek częstego oddawania moczu u chorej, dotkniętej wrodzonym rozszczepem kręgosłupa i tyłozgięciem macicy. W. N. CHMIELEWSKY. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 101. Z. 1—2.

18-letnia dziewica cierpiała od 5 lat na zbyt częste oddawanie moczu — 60—70 razy na dobę. Badaniem stwierdzono tyłozgięcie częściowo przyrośniętej macicy, a Roentgen nadspodziewanie wykazał obecność ukrytego rozszczepu kręgosłupa w zakresie 3, 4 i 5 kręgu krzyżowego. Po operacyjnym naprawieniu tyłozgięcia sposobem Gilliama, objawy ze strony pęcherza moczowego znacznie się poprawiły, chora oddawała mocz tylko 12—15 razy na dobę. Autor przypuszcza, że rozszczep kręgosłupa wpływa niekorzystnie na czynność nerwów krzyżowych i może się odbić na oddawaniu moczu. Nieprawidłowe uło-

żenie macicy pogorszyło tylko ten stan. Ze względu na to, że przywrócenie normalnej statyki narządu rodnego po zabiegu Gilliama polepszyło czynność pęcherza moczowego, autor nie uważał za konieczne zamykać rozszczep kręgosłupa.

J. Lenczowski (Lwów).

Odnowa błony śluzowej macicy po sztucznym przerwaniu ciąży w obrazie histeroskopijnym i drobnowidowym. B. LITWAK i K. WIKTOROWSKAJA. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 101. Z. 1—2.

Autorzy badali odnowę błony śluzowej macicy po sztucznym usunięciu ciąży w 30 przypadkach, poczynając od 3 do 21 dnia po zabiegu. W tym celu przeprowadzali wziernikowanie macicy oraz pobierali skrawki z jej błony śluzowej, celem badania drobnowidowego. Zdaniem autorów, histeroskopia jest doskonałą metodą kontroli błony śluzowej macicy i ważnym uzupełnieniem badań drobnowidowych. Na podstawie swoich badań autorzy dochodzą do wniosku, że sztuczne przerwanie ciąży jest zabiegiem kaleczącym błonę śluzową macicy, odnowa idzie powoli, poczynając od warstwy podstawowej i kończy się dopiero 18—21 dnia po zabiegu.

J. Lenczowski (Lwów).

Działanie moczu ciężarnych na kiełkowanie ziaren. MICHAEL BOK. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 101. Z. 1—2.

Rozległe badania autora działania moczu ciężarnych w 514 przypadkach, moczu kobiet nieciężarnych, moczu mężczyzn w różnych stężeniach i rozcieńczonych różnymi płynami na rozwój i wzrost ziaren pszenicy i jęczmienia, według oryginalnych przepisów staro-egipskich, pozwoliły autorowi na wysnucie następujących wniosków: 1) rozcieńczony mocz ciężarnych w większości przypadków wywiera wpływ pobudzający na ziarna. Jednakże niekiedy takie samo działanie okazuje i mocz mężczyzn, jako też kobiet nie będących w ciąży; 2) sposób ten nie nadaje się do celów praktycznych, jako metoda rozpoznawcza ciąży, ze względu na większe błędy, niż przy metodach biologicznych na zwierzętach, a również i ze względu na dłuższy okres czasu, potrzebny na ukończenie badania; 3) mocz osób, żywionych pokarmem bogatym w węglowodany, a ubogim w białko i sól, okazuje najwybitniejsze działanie pobudzające na rośliny; 4) płyny odżywcze, woda wodociągowa, hormony płciowe pobudzają do wzrostu tylko ziarna pszenicy, podczas gdy mocz ciężarnych przyśpiesza wzrost albo obu roślin, albo jedną z nich; 5) w 76% nadmiernego rozwoju jęczmienia rodzą się chłopcy, w przypadkach silniejszego rozwoju pszenicy w 69% przychodzą na świat dziewczęta; 6) przez cały okres ciąży działanie pobudzające na jęczmień i pszenicę u tej samej ciężarnej pozostaje na tym samym poziomie.

J. Lenczowski (Lwów).

Zmiany w zawartości potasu i wapnia macicy ciężarnej. HELLMUTH WINKLER. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 101. Z. 1—2.

Z poprzednich prac autora wynikało, że w macicy podczas ciąży mięsień jej zawiera coraz więcej potasu, wapń zaś pozostaje podczas całego przebiegu ciąży na jednym i tym samym poziomie. Wobec tego, że potas jest tym pierwiastkiem, który w znacznym stopniu pobudza mięśnie do skurczu, należało by się spodziewać, że wystąpienie czynności porodowej wiąże się ściśle z narastającym zwiększaniem się potasu w mięśniu macicy. Odwrotnie w przypadkach słabych bólów porodowych stężenie jonów potasowych w macicy powinno być mniejsze. Przy sposobności cięć cesarskich z powodu pierwotnie słabych bólów porodowych, nie dających się zwalczyć żadnymi środkami farmakologicznymi, wykonał autor w trzech przypadkach badania chemiczne na składniki mineralne w mięśniu macicy. Okazało się, że istotnie zawartość potasu w tych przypadkach stała znacznie poniżej normy. Wychodząc z tych badań, spodziewał się autor przez podawanie potasu zwiększyć kurczliwość macicy lub uczulić jej mięsień na inne środki farmakologiczne. Niestety, stosowanie potasu, czy to drogą zastrzyków dożylnych, czy też domięśniowych pozostały u rodzących ze słabymi bólami bez skutku. Tymczasem doświadczenia kliniczne wykazały, że właśnie podawanie wapnia w znacznym stopniu wzmaga czynność mięśnia macicy. I dlatego autor w niniejszej pracy starał się wyjaśnić, dlaczego zachodzi różnica w doświadczeniach u rodzących i w badaniach teoretycznych. W tym celu określał zawartość wapnia i potasu u rodzących po domięśniowym podaniu wapnia i ku swemu zdumieniu stwierdził, że wbrew oczekiwaniu, poziom wapnia pozostał niezmieniony, natomiast potas znacznie sie zwiększył i pozostawał na wysokim poziomie przez kilka godzin. Takiego wzmożenia się tego pierwiastka nie widział autor nawet po podaniu potasu. Autor sądzi, że podniesienie się zawartości potasu po podaniu wapnia jest wyrazem dążności ustroju do przywrócenia równowagi elektrolitycznej, zachwianej wprowadzeniem wapnia, i jak to często się obserwuje w zjawiskach życiowych, dochodzi przy tym do nadmiaru czynnika wyrównawczego, to jest w tym przypadku do znacznego nagromadzenia się potasu. Wapń mobilizuje przy tym ten pierwiastek w tkankach ustrojowych, przesuwając go z tkanek do krwi. Krew zaś dostarcza potasu macicy. Prócz tego pierwiastek ten podnosi napięcie nerwu błędnego, odgrywającego tak wybitną rolę w czynności mięśni gładkich.

J. Lenczowski (Lwów).

Przypadek pierwotnej ciąży brzusznej usadowionej na śledzionie. WERNER NAGEL. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 101, Z. 1—2.

Wieloródka, która poprzednio 2 razy rodziła i raz roniła, została skierowana do kliniki przez lekarza-praktyka z przypuszczalnym rozpoznaniem — resztki po poronieniu. W wywiadach chora podała, że miesiączkuje prawidłowo, żadnego zatrzymania regularności nie było. W ostatnich dwóch miesiącach w okresach międzymiesiączkowych wystąpiły krwawienia ze skrzepami z narządu rodnego, oraz bóle dołem brzucha. Badanie ogólne nie wykazało nic patologicznego. Badanie ginekologiczne ujawniło macicę w tyłozgięciu, nieco powiększoną, przydatki bez zmian. Szyja zamknięta. W przypuszczeniu resztek po poronieniu wykonano skrobankę. Badanie drobnowidowe wykazało błonę śluzową o zmianach charakterystycznych dla okresu przedmiesiączkowego. Błony doczesnej, ani resztek jaja płodowego nie stwierdzono. Na 10 dzień wystąpił nagły zapad. Gdy po 3 godzinach zapad powtórzył się, przystąpiono do laparotomii w tej myśli, że, mimo ujemnego stanu ginekologicznego i ujemnego wyniku nakłucia jamy brzusznej, może przecież chodzi o ciążę zamaciczną. Początkowo wykonano cięcie podłużne poniżej pępka. W jamie brzusznej dużo płynnej i skrzepłej krwi. Narząd rodny bez najmniejszych zmian. Również badanie dolnej części jamy brzusznej nie wykryło przyczyny krwotoku. Wobec tego przedłużono cięcie poza pępek, aż do wyrostka mieczykowatego mostka. W górnej części jamy brzusznej przedstawił się obraz następujący. W lewym podbrzuszu między jelitami znajdował się płód świeżo obumarły, bez cech maceracji, długości 12 cm. Na dolnej części śledziony, mocno siedziało łożysko z błonami i częścią pępowiny. Przejścia łożyska na narządy sąsiednie nie stwierdzono. Z łożyska silnie krwawi. Wobec takiego stanu rzeczy, wykonano całkowite wycięcie śledziony. Chora zmarła na ostrą niedokrwistość jeszcze w czasie operacji. Sekcji nie wykonano. Badanie drobnowidowe śledziony wykryło ścisły i żywy związek kosmków łożyskowych ze śledzioną. Dookoła kosmków w wielu miejscach odczyn doczesnowy utkania śledzionowego. Mimo braku badania drobnowidowego przydatków macicy, autor zalicza swój przypadek do ciąży pierwotnie usadowionej na śledzionie. W piśmiennictwie autor nie znalazł podobnego przypadku.

J. Lenczowski (Lwów).

Pięć przypadków wyłuszczenia włókniaków podczas ciąży. F. LEPAGE. Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst. Nr 5. 1937.

Autor omawia 5 przypadków włókniaków, wyłuszczanych podczas ciąży i zaznacza, że w ogóle wskazania do tego zabiegu są rzadkie. Operować należy podczas ciąży tylko w razie wystąpienia bólów, objawów uciskowych lub gwałtownego pogarszania się ogólnego stanu chorej. Z przytoczonych przypadków, tylko w jednym nastąpiło poronienie, w pozostałych urodziły chore w właściwym czasie, jedna z nich przy pomocy cięcia cesarskiego.

H. Newlińska (Lwów).

9 przypadków podwójnej macicy, obserwowanych w zakładzie położniczym Port-Royal od roku 1931 do 1937. P. MAYER. Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst. Nr 5. 1937.

Macica podwójna nie wpływa zupełnie na zdolność zajścia w ciążę; przeważnie ciąża może być donoszona i poród może się odbyć siłami natury, czasem jednak zdarzają się poronienia lub porody przedwczesne. Niektórzy zwracają uwagę na krwawienia podczas ciąży, jako wyraz złuszczania się doczesnej w drugiej macicy. Rozpoznanie nie nastręcza trudności, o ile się stwierdzi podwójną pochwę i dwie części pochwowe. W razie niestosunku porodowego i potrzeby wykonania cięcia cesarskiego, autor radzi nie usuwać danej macicy, gdyż zmiany ciążowe mogą dać duże trudności. Znany jest przypadek pęknięcia podczas ciąży pozostawionej macicy w miejscu, skąd została usunięta druga macica. Autor przytacza 9 przypadków ciąży w podwójnej macicy, z których 4 urodziły siłami natury, a 4 za pomocą cięcia cesarskiego.

H. Newlińska (Lwów).

Higiena i medycyna społeczna.

Chory w domu. J. J. Warszawa 1935. Odbito w drukarni P. Pyza Str. 24.

Tania (15 gr), ilustrowana broszurka, zawierająca cenne uwagi, dotyczące pielęgnowania chorego. Anonimowy autor (J. J.) walczy w niej z wieloma przesądami „pokutującymi" wśród ludu, walczy również z wciąż jeszcze trwającą nieufnością naszego ludu do leczenia szpitalnego. Autor podaje sposoby wykonywania u chorego codziennych zabiegów higienicznych, omawia — zresztą najogólniej — najprostsze sposoby odżywiania chorego, wreszcie, na zakończenie, podaje krótki opis pielęgnowania położnicy i niemowlęcia. Omawiana broszurka nie ma wcale charakteru jakiegoś „lekarza domowego", nie ma też w żadnym wypadku zastępować lekarza. „O leczeniu" — pisze autor — „nie będę tu wspominał, to nie jest moim celem; niepotrzebnym byłoby także opowiadanie o różnych chorobach, bo pielęgnowanie w jednakowy sposób zajmuje się wszystkimi". Pożyteczna ta książeczka, napisana językiem prostym i pięknym, rzeczywiście zasługuje na to, by zeszła „pod strzechy".

Z. Bieliński (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie w dniu 23 maja 1936 r.
Przewodniczy kol. prezes dr Łokczewski.

Po odczytaniu protokolu z ostatniego zebrania kol. Wajnbaum zgłasza poprawkę do protokołu, następującej treści: „nie zapytuje, lecz wie, że stosują nazwę *„otitis metaplastica chronica"*.

Po tej poprawce protokół został przyjęty.

Porządek obrad wypełnia szereg pokazów.

Kol. Frenkenberg przedstawia 7-letnią dziewczynkę z oddziału dra Szaniawskiego, chorą od długiego czasu na uszy *(otitis media chronica bilateralis)*, a która przed 3 miesiącami przebyła odrę. Po trzech tygodniach wystąpiły bóle głowy, wymioty, a od tygodnia dziecko słabo widzi. Przy przyjęciu do szpitala stwierdzono nieznaczną sztywność karku, słabo zaznaczonego Brudzińskiego, które to objawy oponowe ustąpiły po 2 dniach. Okulista stwierdził obustronną *neuritis optica acuta.* Prelegent stwierdził zniesione odruchy kolanowe oraz Achillesa, rozszerzone źrenice, prawie zniesione oddziaływanie na światło oraz zez zbieżny obustronny, chód paretyczny (chora prawie nie widzi i słabo słyszy). Zniesione czucie na ból w górnych i dolnych kończynach, a zachowane na ciepło i zimno. Na podstawie objawów rdzeniowych, zniesionych odruchów oraz *neuritis optica* rozpoznaje *neuromyelitis optica acuta* tj. zespół objawów opisanych przez Davisa. Dawniej uważano schorzenie to za bardzo rzadkie, od czasu zaś opisania przez Flatau'a, *encephalomyelitis disseminata acuta*, spotykamy je coraz częściej. Schorzenie to zaliczyć można do grupy *encephalomyelitis* oraz do zapaleń mózgowych, występujących po chorobach zakaźnych.

Etiologia nieznana. Jest to schorzenie ciężkie, atakujące wzrok, później rdzeń. Rokowanie: w lżejszych wypadkach atakuje tylko wzrok, w cięższych przebiega śmiertelnie. Przebiega podobnie, jak *sclerosis disseminata*, do której dawniej to schorzenie zaliczano. W danym przypadku prelegent stwierdził po dwóch tygodniach znaczną poprawę. Chora lepiej widzi, zez ustąpił, również i znieczulenie, odruchy Achillesa pojawiły się, odruchy kolanowe nadal zniesione. Zmiany anatomiczne podobne, jak przy *sclerosis disseminata*. Leczenie nieznane.

W dyskusji kol. Szaniawski zwraca uwagę na podawanie w szpitalu chorej jodu, co może nie było bez wpływu na poprawę jej stanu zdrowia.

Kol. Hallemanowa zwraca uwagę na silnie dodatni Manteux, co może rzucać światło na etiologię schorzenia (zaostrzenie sprawy po odrze).

Kol. Wajnbaum nawiązuje do podobnego przypadku, obserwowanego przed laty w Warszawie, u osoby dorosłej.

Kol. Piltz zwraca uwagę na ważność przypadku, należącego do grupy *poliomyeloencephalitis*. Przypadki te są źródłem omyłek rozpoznawczych z *meningitis tbc.*

Kol. Szaniawki przedstawia *dziewczynkę, liczącą lat 12, która przybyła do szpitala z objawami ciężkiej cukrzycy w stanie przedśpiączkowym;* wykwity o zabarwieniu niebieskim na tułowiu i klatce piersiowej, apatia, senność, brak łaknienia, zaparcie stolca, rozpulchnienie dziąseł, chwiejące się zęby i zapach kwaśny z ust. Mocz zawiera w dużej ilości aceton, cukru 8,5%, ślady białka. Badanie krwi na czczo przez dra Konara: 300 mg % cukru; Wassermann we krwi ujemny, odczyn skórny Pirqueta ujemny. U chorej zastosowano dietę z dużą ilością białka zwierzęcego, wstrzykując podskórnie 60 jednostek insuliny. Po kilku dniach ilość cukru w moczu zmniejszyła się do 3,5%, aceton znikł, apatia, senność, wykwity skórne ustąpiły, stwierdzono przyrost wagi ciała. Zmniejszono ilość insuliny, a po 10 dniach wstrzykiwano 20 jednostek.

Cukier we krwi na czczo po 3 tygodniach 115 mg %, przez następne 3 tygodnie stosowano powyższą dietę, próbując zmniejszyć ilość insuliny do 16 jednostek. Cukier w moczu zjawiał się w śladach, bez acetonu. Barwików żółciowych w moczu nie było. Dziewczynka ma wyraźne żółtaczkowe zabarwienie fałdów nosowo-policzkowych, dłoni i podeszew. Zastosowano dietę Fanconi'ego. Dieta ta składa się z dużej ilości jarzyn i owoców, a z minimalnej ilości białka. Przez parę tygodni, kiedy stosowano dietę Fanconi'ego, bez podawania insuliny, mocz nie zawierał cukru, ani acetonu. Po kilku dniach badano krew na cukier na czczo, wykazano 80 mg %. Po 2 tygodniach diety Fanconi'ego cukier we krwi w godzinę po śniadaniu Fanconi'ego 165 mg %. Zaprzestano stosowania powyższej diety i stosowano dietę bez podawania insuliny. Na 3 dzień zjawił się cukier w moczu w ilości 3,7%, aceton obecny; we krwi cukier na czczo 200 mg %. Od 6 dni znów zaczęto stosować rygorystyczną dietę Fanconi'ego. Cukier i aceton z moczu zniknęły.

Kol. Konar przedstawia: 1) *przypadek ciężkiej dychawicy oskrzelowej*, w którym stosowano bez skutku astmolizynę i efetoninę. Zachęcony dodatnimi wynikami doc. Węgierki, zastosował insulinę. Podał na czczo 30 jednostek insuliny. Po pół godzinie wystąpiły poty i osłabienie, chory przetrzymał ten stan przez $1^1/_2$ godziny, potem dostał $1^1/_2$ szklanki herbaty z 8 łyżeczkami cukru; stan ten ustąpił, chory zasnął i po obudzeniu się nie miał dolegliwości. Po 5 dniach podano znowu 30 jedn. insuliny. Tym razem chory przetrzymał wstrząs 3-godzinny. Leczenie powtórzono jeszcze dwukrotnie w odstępach tygodniowych. Chory od 6 tygodni nie miał więcej napadów duszności i jest zdolny do pracy.

2) *Przypadek guza śródpiersia z dodatnim odczynem Wassermanna.* U chorego stwierdzono objawy ucisku na krążenie małe, które po podaniu jodu ustąpiły.

Kol. Konar omawia przyczyny dodatniego działania wstrząsu insulinowego. Węgierko uprzednio przypuszczał, że wstrzyknięcie insuliny, która jest antagonistką adrenaliny, a jednak działa podobnie, powoduje wydzielanie adrenaliny. Insulina zwalnia tętno, obniża parcie krwi, adrenalina odwrotnie. Doświadczenie okazało, że duszność ustępuje w okresie działania insuliny, tj. zwolnienia tętna i ciśnienia krwi. Obecnie Węgierko przypuszcza, że przyczyną dodatniego działania jest przestrojenie ustroju. Wstrząs stosuje się przy zatruciach morfiną i przy schizofrenii. Przeciwwskazanie stanowią: starszy wiek i choroby serca.

Kol. Szaniawski podaje, że Węgierko leczył również wstrząsem dzieci. Wspomina o uporczywym przypadku dychawicy oskrzelowej, wyleczonym zmianą miejsca zamieszkania.

Kol. Frenkenberg zapytuje o poziom cukru we krwi w danym przypadku. (Odpowiedź: nie badano). Wspomina o leczeniu myastenii insuliną z dodatnim wynikiem. Schorzenie to jest poniekąd odwrotnością dychawicy oskrzelowej; mówi o przypadku przez niego leczonym efetoniną (myastenia z dychawicą), z dobrym wynikiem.

Przy schizofrenii nie ma jeszcze zbyt zachęcających wyników. Stosuje to leczenie Rose w Wilnie, dając 100 jednostek dziennie.

Kol. Lipiński stosował insulinę na Zawodziu w 7 przypadkach, z dobrym wynikiem.

W dyskusji kol. Bram: co do przypadku kol. Szaniawskiego, podnosi dobre wyniki przy naświetlaniu wnęk Roentgenem.

Kol. Wajnbaum kwestionuje możliwość zastosowania diety Fanconi'ego na trwałe, z powodu małej ilości białka, potrzebnego do wzrostu dziecka, a nie dającego się niczym innym zastąpić.

Kol. Szaniawski *w odpowiedzi* powołuje się na długoletnie doświadczenie tej miary badacza, co Fanconi.

Kol. Wajnbaum zaznacza. że przy dychawicy stosowano insulinę dożylnie z dobrym wynikiem. Insulina i adrenalina pobudzają jednakowo przysadkę.

Kol. Szwedowski podaje częstość występowania w ostatnich czasach guzów śródpiersia w następstwie korzystania z prześwietlania chorych z dolegliwościami w klatce piersiowej. Zwraca uwagę, że jakkolwiek naświetlanie promieniami Roentgena przy-

nosi chorym z początku dużą ulgę i guz ulega rozpadowi, to jednak często przychodzi do krwotoków wewnętrznych, skutkiem czego następuje śmierć.

Kol. Franke przedstawia szereg preparatów: a) *carcinoma pylori (adenocarcinoma gelatinosum).* Wykonał operację sposobem Eiselsberga; b) *ulcus ventriculi.* Chory dostarczony w stanie ciężkim z krwotokami i wymiotami. Dokonano resekcji. Chory czuje się dobrze. Wielu chirurgów dokonuje resekcji (szkoła wiedeńska), inni zaś gastroenteroanastomozy tylnej. Referent zwraca uwagę na niepotrzebne wysyłanie tych chorych do Krakowa i Warszawy. c) Przypadek wypadnięcia odbytnicy — dokonano zabiegu z wynikiem dobrym. d) Przepukliny: udową, pachwinową i pępkową. Zabieg wykonano jednorazowo w znieczuleniu lędźwiowym. e) *Fibroma uteri.* g) *Pyonephrosis.*

W dyskusji kol. Wajnbaum zaleca ostrożność w dokonywaniu zabiegów operacyjnych w przypadkach wrzodu ze względu na to, że mamy do czynienia z chorobą wrzodową, a nie z miejscowym schorzeniem żołądka. Ostatnio leczą histydyną z dobrym wynikiem.

Kol. Konar podkreśla konieczność operowania przy ścisłych wskazaniach (krwotok, zwężenie itp.).

Kol. Kolin sądzi, że wygląd zewnętrzny guza nie odpowiada *fibromyoma* i radzi zbadać histologicznie.

Kol. Dykierowa pokazuje przypadek *ca mammae* u 25-letniego mężczyzny. Badanie wyciętego skrawka wykazało *carcinoma planocellulare.*

Kol. Franke wskazuje na rzadkość przypadku i nadzwyczajną złośliwość i uważa, że należało zaraz po zbadaniu dokonać natychmiastowej radykalnej operacji, ze względu na możliwość rozszerzenia się nowotworu.

Kol. Dykierowa *odpowiada,* że warunki miejscowe uniemożliwiły natychmiastową operację.

Kol. Karczewski jest tego samego zdania.

Kol. Batawia *opisuje cztery przypadki ostrego ogólnego zakażenia, pochodzenia migdałkowego.* Pierwsze dwa powstały w następstwie ropni migdałkowych. Przypadek I. Mężczyzna, lat 22, skierowany do szpitala po dwudniowej chorobie, która rozpoczęła się dreszczami, wysoką gorączką i obrzękiem w okolicy żuchwy po stronie lewej. W szpitalu stwierdzono ciężki stan chorego, naciek wielkości jaja w okolicy żuchwy. Przy oddzieleniu łuku przedniego od migdałka, wydzieliło się w okolicy pozamigdałkowej nieco płynu surowiczego. Przy powtórzeniu tego zabiegu w trzecim dniu pobytu w szpitalu, wydzieliła się cuchnąca ropa; ze względu na ciężki stan wykonano tego samego dnia wyłuszczenie migdałka, przy czym wydzieliła się duża ilość cuchnącej ropy. Znaczny krwotok pooperacyjny uniemożliwił dalszą operację na szyi, która odłożona została do dnia następnego. Stan chorego pogarszał się i następnego dnia po zabiegu operacyjnym chory zmarł.

Przypadek II. Mężczyzna, lat 24, chorował na wrzód w gardle, przez 5 dni przed przybyciem do szpitala. Badanie w szpitalu wykazało ciężki stan chorego, z górnego bieguna lewego migdałka wydzieliła się ropa. Pomimo dwukrotnego rozszerzenia otworu, stan chorego nie poprawiał się, wykonano tonsilektomię, przy czym w okolicy pozamigdałkowej wydzieliła się ropa. Nazajutrz ciepłota ciała spadła i stan chorego zaczął się szybko poprawiać.

Przypadek III. I. Z., lat 43, przed 10 laty przechodził ciężkie zapalenie nerek i anginę, przed 9 laty wylew krwawy do lewego oka i od tego czasu na oko nie widzi. W moczu ślad białka; mimo wszystko czuł się dobrze. Od marca 1932 r. stan chorego pogorszył się, ilość białka w moczu 15‰, wałeczki i wkrótce wystąpiło zapalenie wsierdzia, zapalenie stawu barkowego lewego i zrazikowe zapalenie płuc. W czwartym tygodniu tej choroby, przy bardzo ciężkim stanie ogólnym, wykonano tonsilektomię obustronną; chory zaczął się poprawiać, wszystkie objawy ustąpiły i chory żyje do dziś dnia.

Przypadek IV. Robotnik fabryczny, poprzednio zdrowy, przywieziony do szpitala w stanie bardzo ciężkim z objawami ogólnego zakażenia. Narządy wewnętrzne bez zmian, prawy migdałek nieco przekrwiony, z licznymi czopami. Po 2-tygodniowym bezskutecznym leczeniu, wyłuszczono choremu prawy migdałek. Po tym zabiegu chory szybko zaczął powracać do zdrowia.

Kol. Kędzierski zastosował w dwu przypadkach położenia pośladkowego kleszcze proste Łazarewicza, branże owinął w pierwszym przypadku gazą, która z powodu chropowatości spowodowała zadrapanie pochwy. Zastanawia się nad możnością owijania branż przegotowaną watą, owijanie plastem przemytym alkoholem lub gazą przepojoną kolodium. Kleszcze można nałożyć tylko wtedy, gdy są ku temu warunki i wskazania.

Kol. Kolin uważa nałożenie kleszczy na pośladki za zabieg brutalny, uzasadniony tylko w przypadkach nagłych (krwotok i u martwych płodów), w każdym innym przypadku radzi czekać. W przypadku kol. Kędzierskiego nałożenie kleszczy uzasadnione było długotrwałym porodem, wysoką gorączką i wyczerpaniem chorej.

Kol. prezes Łokczewski w wieloletniej praktyce nie widział przypadków, wymagających nałożenia kleszczy na pośladki. Cała trudność polega na urodzeniu główki. W klinice prof. Czyżewicza nie stosuje się kleszczy na pośladki.

Kol. Kędzierski *w odpowiedzi* podtrzymuje swoje uzasadnienie.

Następnie kol. Batawia wygłosił odczyt pt. *„Zakażenia pochodzenia migdałkowego"*.

Dopiero w ostatnich dwudziestu latach bliżej zapoznano się z istotą zakażenia migdałkowego i szukano dróg dla zwalczenia tej, bardzo mało dającej nadzieję na wyzdrowienie, choroby. Pierwszy opisał taki przypadek Droodman w Ameryce w r. 1917, drugi Moscher w 1920 r., wreszcie Martens na zjeździe chirurgów opisał 4 przypadki, wszystkie śmiertelne. Jeżeli przejdziemy do statystyki nowszej, to Hofer za lata 1932—1935 na 854 przypadków chorób migdałków, które wymagały umieszczenia w klinice, widział tylko 4 przypadki zakażenia. O. Mayer od 1913—1935 r. na 1.069 przyjętych na oddział z powodu zapalenia tkanki okołomigdałkowej, u 156 wykonał tonsilektomię; z 14 operowanych przy objawach zakażenia 9 uratowano, 5 zmarło, nieoperowanych zmarło również 5.

Trzy są drogi, jakimi zakażenie dostać się może z migdałków do organizmu: 1) przez krew (Eugen Frankel), 2) przez naczynia chłonne (Uffenorde), 3) *per continuitatem (spatium parapharyng.),* przez *gruczoł w kącie żuchwy.* Przez *plexus pharyng. i ophthal.* — dostaje się zakażenie do zatoki jamistej — *bulbus v. iug.,* do zatoki poprzecznej, a po przeżarciu naczynia chłonnego lub żyły ropa dostaje się wprost do krwiobiegu.

Objawy. Obok wysokiej ciepłoty, występują dreszcze, małe, szybkie tętno, ciężki stan ogólny lub przerzuty. Powiększenie i bolesność gruczołu za kątem żuchwy.

Rokowanie złe, leukopenia lub odchylenie na lewo bez leukocytozy, to *signum mali ominis;* wszystkie takie przypadki kończyły się śmiertelnie mimo operacji.

Leczenie — najlepsze wyniki dają przypadki wcześnie operowane.

Operacja składa się z 4 faz: 1) tonsilektomia, 2) otwarcie i drenowanie przestrzeni przy- i pozagardłowej, 3) otworzenie pochewki naczyniowej żyły jarzmowej i jej podwiązanie i w danym razie wyłączenie gruczołów, 4) *mediastinotomia.*

Sprawa operacyjnego leczenia zakażeń pochodzenia migdałkowego, była głównym tematem zeszłorocznego zjazdu niemieckich laryngologów w Wiedniu i tu ścierały się ostro ze sobą zdania. Omal wszyscy zgodzili się z tym, że tonsilektomia powinna być pierwszym i koniecznym zabiegiem przy zakażeniu, a rokowanie jest zależne bardzo często od tego, czy zabieg ten wykonany został we właściwym czasie, tj. nie za późno. Jest tzw. tonsilektomia na gorąco, której dotychczas, nie bez powodu, unikano, dawała ona w ogóle rokowanie złe. Aby było zrozumiałe to — być może — paradoksalnie wypowiedziane zdanie, pozwolę sobie przytoczyć ostatnie doświadczenia Fischera i Gottdenkera, którzy badali przedostanie się drobnoustrojów do krwi po tonsilektomii. Wiadomo, że tonsilektomia, wykonana nawet na zimno, może uczynnić stare, zagasłe już sprawy chorobowe (zapalenie nerek, stawów, wsierdzia itd.). Przyczyną tego może być: 1) nawrót, który powstaje przez przedostanie się zarazków do krwi z rany pooperacyjnej (bakteriemia); 2) wchłanianie toksyn z rany (toksykemia); 3) nawrót, który jest reakcją alergiczną, przy której wessane do krwi proteiny bakterii działają jako alergeny. Autorzy pobierali do badania krew po 5 minutach po operacji, po 2 godzinach i po 24 godzinach; na 51 tonsilektomii było 35 wyników ujemnych, 16 dodatnich; z tych po 5 minutach znaleziono bakterie u jednego chorego, po 2 godzinach u 16 chorych; po 24 godzinach nie znaleziono zarazków w żadnym przypadku.

Jeżeli tonsilektomia na zimno może przy nie sprzyjających warunkach stać się źródłem zakażenia, to zrozumiałą jest obawa przed wykonaniem tej operacji na gorąco. Są jednak autorzy, którzy nie obawiają się tej operacji, tak np. O. Mayer od r. 1913 do 1935 r. wykonał 156 tonsilektomii na gorąco, z tych w ostatnim półroczu 20. O. Mayer wyłuszcza migdałek przy ropniu okołomigdałkowym w następujących warunkach: 1) przy wszystkich ropniach nie opróżniających się dostatecznie po przecięciu (ropnie głębokie i tylne); 2) przy obrzęku krtani i dna gardzieli; 3) przy zapaleniu przyusznicy; 4) przy obrzmieniu gruczołów i ropniach opadowych szyi; 5) przy ogólnym zakażeniu z przerzutami i bez przerzutów; 6) przy krwotokach po przecięciu wrzodu; 7) w przypadkach, gdzie obok ropnia istnieje ostry gościec sta-

wowy lub ostre zapalenie nerek. Przeciw tak szerokim wskazaniom występuje większość: Hirch, Ruttin, Glas, Wessely, uważając tonsilektomię *„à chaud"* za zabieg niebezpieczny, który wykonać można jedynie, gdy zachodzi *indicatio vitalis*.

Co do następnych faz operacji zdania są rozbieżne, Zange np. postępuje bardzo radykalnie: odszukuje wszystkie dostępne żyły, podwiązuje je i przecina. O. Mayer w przypadku zakażenia zawsze usuwa przede wszystkim migdałek, a później dopiero, w razie potrzeby, przystępuje do operacji szyjnej.

Druga faza operacji — otwarcie ropni opadowych szyjnych i przestrzeni parafaryngealnej, jak również wyłuszczenie gruczołów zropiałych, nie podlega dyskusji; natomiast rozmaite mogą być zdania co do konieczności podwiązania żyły jarzmowej i tylnej żyły twarzowej. Nawet O. Mayer, który zawsze postępuje bardzo radykalnie, obnaża tylko żyłę jarzmową, usuwa wszystkie gruczoły, wykonywa nawet niebezpieczną mediastinotomię, natomiast nie zawsze podwiązuje żyłę, Marschik obnaża żyłę jarzmową i przeprowadza pod nią gazik, aby w razie potrzeby móc podwiązać żyłę nawet na łóżku chorego.

Reasumując przedstawione przeze mnie dane, dotyczące zakażenia, którego źródłem jest ropień lub naciek okołomigdałkowy, dochodzimy do wniosku, że choroba ta daje bardzo małe szanse wyzdrowienia, że nawet operacja w większości przypadków nie ratuje chorych. Przede wszystkim należy wykonać tonsilektomię, która daje tym lepsze wyniki, im wcześniej jest wykonana. Gdy choroba nie ustępuje, należy bezzwłocznie przystąpić do operacji na szyi.

Hutker na wspomnianym zjeździe, jako środek zapobiegawczy, mający ochronić chorego przed zakażeniem, podaje mój sposób postępowania przy poronnym leczeniu ropni okołomigdałkowych.

W końcu wspomnę o próbach O. Mayera leczenia zakażenia Roentgenem. Mayer zastosował promienie X w dwóch bardzo ciężkich przypadkach, które, jak przypuszczał, mimo operacji, powinny zakończyć się śmiertelnie: jeden z tych chorych wyzdrowiał po naświetleniu, drugi z leukopenią doprowadzony został przez naświetlanie szyi, śledziony i długich kości, do takiego stanu, że mógł być operowany i ten chory również wyzdrowiał.

Sekretarz: *Dr Szwedowski.*
Dr Hallemanowa.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Protokół XXV posiedzenia naukowego odbytego dnia 23 października 1936 roku.

Przewodniczy: Kol. A. Pohorecki.

1. Kol. Kucik-Scherffowa *omawia przypadek zatoru tętnicy płucnej.*

W dyskusji kol. Tyszka, Popielski i Kielanowski Tadeusz.

2. Kol. Zeghauser *wygłasza wykład pt.: Grasica jako gruczoł wkrewny.* (Ukazało się drukiem w Pol. Gaz. Lek.).

W dyskusji przemawiali kol. Albert, Nowicki, Ostrowski Tadeusz, Wernicki i Tyszka.

Sekretarz: *Z. Żurowski.*

Protokół XXVI posiedzenia naukowego odbytego dnia 30 października 1936 roku.

Przewodniczy: Kol. A. Pohorecki.

1. Kol. Ostrowski Tadeusz i kol. Jaburek L. *przedstawiają przypadek operowanej wągrzycy mózgu.*

2. Kol. Sołowij *wygłosił wykład pt.: Zatrucie ciążowe i zmiany występujące podczas ciąży w gruczołach o wewnętrznym wydzielaniu.*

W dyskusji kol. Mączewski: zatruciom ciążowym poświęca się w piśmiennictwie ginekologicznym dużo miejsca. Sprawa chorobowa w równej mierze interesuje teoretyka i klinicystę. Klinicysta pragnie udoskonalić metody postępowania leczniczego, znaleźć najbardziej skuteczne środki zapobiegawcze.

W ostatnich latach rozpatrywano tę jednostkę chorobową z perspektywy nauki o wydzielaniu wewnętrznym; okazało się jednak, iż zmiany zachodzące w gruczołach dokrewnych są raczej skutkiem, a nie przyczyną zatrucia ciążowego.

Istota zatruć ciążowych jest nam dalej nieznana i pozostaje nadal w sferze teorii.

Teorii tych mamy wiele. W ostatnich latach wywołała żywe zainteresowanie teoria zatrucia wodnego wskutek nadczynności tylnego płata przysadki mózgowej, podana przez Anselmino i Hoffmanna. Teoria ta oparta na zmianach histologicznych przysadki mózgowej, głównie płata tylnego — ma obecnie wielu przeciwników.

Mało zwolenników zyskała również teoria alergiczna. W czasie ciąży zostają wprowadzone do ustroju pozajelitowo różne alergeny, źródłem których są różnorodne komórki jaja płodowego. Reakcje alergiczne skóry, obostrzenie schorzeń alergicznych w ciąży — mogą być tego dowodem. Przeciwnicy alergii twierdzą, iż w stanach alergicznych objawy chorobowe powtarzają się stale pod wpływem tych samych bodźców, podczas gdy zatrucia ciążowe powtarzają się rzadko i u tych samych osobników.

Twierdzono, iż zatrucia ciążowe są kombinacją nadmiernej produkcji hormonu tylnego płata przysadki z alergią. Hormony mają torować drogę zjawiskom alergicznym.

Nieliczni autorowie łączą rzucawkę z czasową dezorganizacją całego układu wewnątrzwydzielniczego wskutek włączenia w łańcuch tego układu jaja płodowego, głównie łożyska.

Stwierdzono ponad wszelką wątpliwość nadmierną produkcję prolanu. Źródłem hiperprolanozy jest łożysko.

Interesujące są zapatrywania Diensta na zatrucia ciążowe. Sprawie tej poświęcił on 35 lat pracy. Wykazał, iż we wszystkich narządach miąższowych i w sercu stwierdzić można rozległe zmiany zwyrodnieniowe; przyczyny rzucawki dopatruje się w czasowej niedomodze serca, co powoduje złe ukrwienie narządów (głównie wątroby), produkujących antytrombinę, wskutek tego wytwarza się w organizmie nadmiar trombiny i fibrynogenu, które uszkadzają ściany naczyń krwionośnych i powodują obrzęki, zakrzepy, wybroczyny itp. Zjawiska te stwierdził autor w doświadczeniach na zwierzętach i w rzucawce ludzkiej.

W dotychczasowym piśmiennictwie lat ostatnich nie znajdujemy danych, dotyczących istnienia pewnych toksyn lub produktów przemiany chemicznej, które by wywoływały zatrucia ciążowe. Kliniczne doświadczenia potwierdzają, iż zatrucia mogą mieć przebieg bardzo różnorodny.

Nasze doświadczenia kliniczne przemawiałyby za tym, że zatrucia ciążowe występują najczęściej u osób ze skazą neuropatyczną, u kobiet o cechach mniejszej wartościowości konstytucjonalnej narządu rodnego; klimat, rasa, zajęcia i sposób odżywiania odgrywają rolę bardzo ważną.

W dalszym ciągu dyskusji przemawiali kol. Liebhart, Lenczowski i Leszczyński.

3. Kol. Rychłowski *składa sprawozdanie z V Zjazdu Międzynarodowego Towarzystwa dla Zwalczania Raka* odbytego w Brukseli w dniach 20—26. IX. 1936 r.

Sekretarz: *Z. Żurowski.*

Protokół XXVII posiedzenia naukowego odbytego dnia 6 listopada 1936 roku.

Przewodniczy: Kol. A. Pohorecki.

1. Kol. Albert Z. *przedstawia i omawia preparaty:*

1) *Wrodzone fałdy błony śluzowej tylnej części cewki moczowej* u chłopca 3-letniego z następowym obustronnym wodonerczem. (L. prot. sekc. 1039/36).

Chłopca przywieziono w bardzo ciężkim stanie do szpitala. Matka podała, że chłopiec choruje od 2 lat, z trudem oddaje mocz. Wziernikowania pęcherza moczowego z powodu ciężkiego stanu chorego nie wykonano. Chory raz oddał sam w szpitalu mocz, w którym wykazano dość znaczną ilość białka, białe i czerwone ciałka krwi oraz duże ilości drobnoustrojów. Po $1^1/_2$-dniowym pobycie chory zmarł wśród objawów niedomogi serca. Sekcyjnie stwierdzono żółtaczkowe zabarwienie skóry, odoskrzelowe zapalenie płuc, wnętrostwo jąder, niewielkiego stopnia przerost lewego serca oraz obustronne wodonercze i wybitne rozszerzenie kiełbasowato pokręconych moczowodów oraz wybitne rozdęcie pęcherza i sterczowej części cewki moczowej. Zgłębnik drucikowy, wprowadzony do cewki moczowej, zatrzymywał się na granicy części sterczowej i błoniastej cewki moczowej. Po rozcięciu cewki, okazało się, że przyczyną zwężenia jej światła były fałdy błony śluzowej ułożone równolegle do osi cewki, w miejscu przejścia części sterczowej w część błoniastą. Tego rodzaju sprawy, chociaż ogłoszono szereg przypadków, należą do rzadkości, a w Lwowskim Zakładzie Anatomii Patologicznej przy olbrzymim materiale sekcyjnym nie spostrzegano dotąd podobnego przypadku. Fałdy wspomniane należy uważać za sprawę wrodzoną, mianowicie za zaburzenie rozwojowe w miejscu zetknięcia się tylnej części cewki moczowej, pochodzącej ze steku i części błoniastej, pochodzącej z zatoki moczopłciowej.

2) *Roponercze prawostronne spowodowane przez uchyłek pęcherza uciskający na moczowód.* (L. prot. sekc. 344/35).

Kobieta 40-letnia, ślepa od urodzenia, podaje, że od 3 tygodni ma bóle w prawym boku, parcie na mocz i pieczenie przy oddawaniu moczu bardzo cuchnącego. Na Oddziale Urologicznym Państwowego Szpitala Powszechnego stwierdzono bolesność dolnej części brzucha oraz prawego boku. Wziernikowanie pęcherza wykonane z powodu silnych bólów w znieczuleniu epiduralnym wykazało zajęcie całego pęcherza przez rozpadające się masy, co uważano za rozpadający się nowotwór. Ujścia moczowodów były niewidoczne, nie wydzielały barwika do 15 minut. Badanie histologiczne strzępów błony śluzowej pęcherza wykazało strzępy tkanki martwiczej. Sekcyjnie wykazano uchyłek pęcherza wielkości mandarynki, połączony z pęcherzem otworem, przepuszczającym ołówek. Uchyłek ten uciskał na moczowód prawy, który był silnie rozdęty i przerosły. Nerka przedstawiała typowy obraz roponercza.

3) *Preparaty dwóch krtani zapchanych kawałkami mięsa (sznycli).*

a) Śmierć powstała skutkiem zachłyśnięcia się kilkoma kawałkami mięsa wielkości bobu. (L. prot. sekc. 335/35).

Wczesnym rankiem znaleziono 40-letnią kobietę nieprzytomną, w łóżku. Przewieziona do szpitala zmarła po godzinie. Sekcja wykazała kilka kawałków sznycli wielkości bobu w krtani, tchawicy i oskrzelach. Śmierć nie nastąpiła nagle, gdyż kawałki mięsa nie wypełniały zupełnie światła przewodu oddechowego.

b) Wejście do krtani zapchane wielkim kawałkiem sznycla, sterczącym w gardle u żarłocznego umysłowo chorego, wskutek czego nastąpiła nagła śmierć z uduszenia.

4) *Ręka z wrodzonym niedorozwojem.* (L. prot. sekc. 932/36).

U mężczyzny 40-letniego zmarłego z powodu posocznicy był brak palców 2, 3 i 4 prawej ręki, przy czym palce 1 i 5 były długie i prawie jednakowej wielkości. W palcu pierwszym wyczuwa się podwójne kości. Na zdjęciu rentgenowskim stwierdza się równej wielkości palec 1 i 2, kości śródręcza palców 3 i 4 są krótsze, z zupełnym brakiem ich członów, palec 5 jest długi. Palce 2 i 5 mają tylko po 2 człony.

2. Kol. Gruca *przedstawia fotografie modelu stołu ortopedyczno-chirurgicznego własnej konstrukcji.*

3. Kol. Dobrzański *składa sprawozdanie z V Zjazdu Lekarzy Słowiańskich w Sofii w dniach 12—16. IX. 1936 r.*

Sekretarz: *Z. Żurowski.*

Protokół XXVIII posiedzenia naukowego odbytego dnia 13 listopada 1936 roku.

Przewodniczy: Kol. A. Pohorecki.

1. Kol. Breitówna M. *przedstawia przypadek nerwiaka klatki piersiowej u kilkunastoletniego chłopca.*

W dyskusji zabiera głos kol. Dobrzaniecki.

2. Kol. Rencki i Grabowski *przedstawiają przypadek zmian w systemie kostnym przy lymphadenosis aleukemica.*

3. Kol. Ungar (gość) *wygłosił referat pt.: Wartości praktyczne elektrokardiografii.*

W dyskusji kol. Pisek: przed laty, w r. 1908, Zarząd Tow. rozpisał ankietę: „O narkotyzowaniu". Omawiałem narkozę u chorych na serce. Dziś, jak i dawniej ostrożny operator pyta się o stan serca. Przeważnie ma wystarczyć kliniczne zbadanie narządu krążenia. Elektrokardiografia w tym kierunku, jakkolwiek jeszcze sporo ma wątpliwości — weźmy np. znaczenie załamka T, to przeważnie dość często u rzekomo zdrowych wykrywa zboczenia mniej lub więcej wyraźne. Wszak są operatorzy podający zapobiegawczo leki nasercowe, aby uniknąć ewentualnej śmierci nagłej. Wobec wielkiego rozwoju elektrokardiografii — mimo licznych wątpliwości, jakie posiada — narzuca się pytanie, czy przed cięższymi zabiegami chirurgicznymi — nie powinno się przeprowadzić badania elektrokardiograficznego. Może dziś na szczęście, wyjątkowe przypadki śmiertelne np. *mors thymica* dałyby inne wyjaśnienia lub nie byłyby wcale poddane zabiegowi chirurgicznemu z powodu zmian, które stwierdza elektrokardiogram.

W dalszym ciągu dyskusji przemawiali kol. Falkiewicz Antoni, Długosz, Tanne i Glasermann (gość).

Sekretarz: *Z. Żurowski.*

Towarzystwo Lekarskie Wileńskie.

Protokół IX posiedzenia w dniu 27 kwietnia 1936 r.

Przewodniczący: Prof. dr I. Abramowicz.

1. Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia.
2. Pokazy chorych.

Dr. J. Świtek *przedstawia chorego z Kliniki Oto-Laryngologicznej U. S. B. ze zmianami ropnymi w piramidzie kości skroniowej.*

Chory K. B., lat 39, przybył do Kliniki w dniu 15 lutego 1936. W wywiadzie podaje, że przed czterema tygodniami zatkało mu prawe ucho, a od dwóch tygodni trwa wyciek z tego ucha. Od tygodnia ma bardzo silne bóle prawej połowy głowy. W zakresie narządów wewnętrznych i układu nerwowego, zmian nie stwierdzono. Za prawą małżowiną uszną liczne czyraki. Prawy przewód zewnętrzny obrzmiały. Błona bębenkowa uwypuklona, zaczerwieniona; z przodu i z dołu otwór, przez który wypływa obficie ropa. Wyrostek sutkowy bolesny. Gruczoły okołouszne macalne, bolesne. Znaczne osłabienie słuchu po stronie prawej (szept 10 cm). Ucho lewe, poza wciągnięciem błony bębenkowej zmian nie wykazywało. W pierwszych dniach pobytu w Klinice wystąpiły u chorego bardzo silne bóle w szczycie głowy. Podawanie środków uśmierzających zupełnie nie wpływało. Roentgen wykazał zaciemnienie i zatarcie budowy kostnej prawego wyrostka sutkowego. Dokonano zabiegu operacyjnego, w czasie którego stwierdzono, że kość była miękka i zmiany chorobowe szły w kierunku na wyrostek jarzmowy i na szczyt wyrostka sutkowego. Obnażona zatoka i opona zmian nie wykazały. Po operacji nadal utrzymywały się silne bóle głowy na szczycie, po stronie prawej. Na 6 dzień wystąpiły wymioty, na 9 bolesność uciskowa okolicy nad- i podoczodołowej prawej. Stwierdzono żywsze odruchy na kończynach górnych po stronie lewej; dodatni objaw Babińskiego po stronie lewej; w płynie mózgowo-rdzeniowym pleocytoza 60, białka 0,33‰. Badanie okulistyczne zmian na dnie oka nie wykazało. Powtórne badanie rentgenowskie wykazało rozległe odwapnienie w szczycie piramidy i w środkowej jej części w okolicy wyniosłości łukowatej. Dokonano powtórny zabieg operacyjny tzw. operację epitympanalną: po odsłonięciu na dużej przestrzeni opony środkowego i tylnego dołu czaszkowego — przeszukano okolicę szczytu piramidy, jednak tam ogniska ropnego nie znaleziono. Odnaleziono je natomiast w okolicy wyniosłości łukowatej; założono dren gumowy, który pozostał w ranie przez dwa tygodnie. Po operacji wystąpiło nasilenie objawów środkowego dołu czaszkowego. Objawy: Kerniga i Babińskiego dodatnie po stronie lewej, ból w stawie żuchwowym. Zmian na dnie oka nie stwierdzono, natomiast w 3 dni później wystąpiło zatarcie granic tarczy nerwu wzrokowego. Do objawów uprzednio występujących dołączyło się rozszerzenie prawej źrenicy, porażenie prawego nerwu twarzowego i zniesienie odruchów skórnych brzusznych po stronie prawej. Na 5 i 6 dzień stan chorego był bardzo ciężki z utratą przytomności; przez cały czas trwały bardzo silne bóle głowy i częste wymioty. Stosowano zastrzyki *natr. chlor.* 10%, *Hemthysal, Propidon,* lód na głowę oraz codziennie nakłucie lędźwiowe. Z rany i przez dren zaczęła wydzielać się obfita ropna wydzielina. Objawy nerwowe przybrały zmienne natężenie, powoli zaczęły jednak one ustępować. Bóle głowy, silne szczególnie wieczorami, zaczęły tracić na natężeniu. Samopoczucie chorego zaczęło wzrastać i po czterech tygodniach od powtórnej operacji chory wypisał się w stanie zupełnie dobrym.

Na podstawie danych badania, bólów neuralgicznych nerwu trójdzielnego, objawów podrażnienia środkowego dołu czaszkowego oraz bardzo rozległego procesu w kości skroniowej, przypuszczano próchnicę szczytu piramidy kości skroniowej. Roentgen potwierdził to rozpoznanie, wykazując ogniska rozmiękczenia u szczytu i w okolicy wyniosłości łukowatej. Przypadki ropni kostnych szczytu piramidy zaliczane są do przypadków rzadkich. W zespole objawów brakowało porażenia nerwu odwodzącego, co zmusiło do poszukiwań ogniska przede wszystkim u szczytu piramidy.

Dr B. Frużański *przedstawia z Kliniki Oto-Laryngologicznej U. S. B. przypadek włókniaka jamy nosowo-gardłowej u 60-letniego mężczyzny.*

B. K., lat 60, z zawodu szewc, w marcu 1936 r. zgłosił się do Kliniki Oto-Laryngologicznej z tym, że od kilku lat odczuwa nasilającą się stopniowo trudność oddychania nosem, a od kilku miesięcy czuje w gardle jakieś obce ciało, które mu przeszkadza przy połykaniu. Przy badaniu stwierdzono stan odżywienia zupełnie upośledzony, narządy wewnętrzne bez zmian patologicznych. Mowa chorego zamazana, bełkocząca, o charakterze mowy nosowej zamkniętej. Jamę nosowo-gardłową wypełniał guz wielkości pomarańczy, składający się z kilku płatów, o powierzchni gładkiej, lśniącej. Guz uwypuklał silnie całe podniebienie miękkie w kierunku jamy ustnej i zwisał częściowo do cieśni gardła. Przy badaniu palcem guz dawał się obejść od strony podniebienia i tylnej ściany gardła, przy czym stwierdzono przyczep jego w okolicy prawego otworu nosowego. Dokonano próbnego wycięcia kawałka ze zwisającej do gardła części guza, który poddano badaniu histologicznemu. Badanie to wykazało, że pokrywę guza stanowi nabłonek wielowarstwowy płaski, leżący na błonie podstawowej, którą ściśle odgranicza wszędzie nabłonek

od warstw podnabłonkowych; na miąższ guza składa się zbita tkanka łączna, której włókna układają się w dość grube pęczki, przebiegające w najrozmaitszych kierunkach, między pęczkami rozrzucone są poszczególne fibroblasty, miejscami tworzące większe skupienia, w których widoczne są również komórki okrągłe o pęcherzykowatym jądrze. Zgodnie z powyższym obrazem histologicznym, rozpoznano włókniaka. Badanie krwi na odczyn Wassermanna dało wynik ujemny. Chorego w znieczuleniu miejscowym poddano operacji i kleszczami Jurasza usunięto guz w całości razem z jego przyczepem. Wobec krwawienia rurką Belloc'a założono do jamy nosowo-gardłowej tampon, który pozostawiono na 24 godziny. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

Rozmiary wyłuszczonego guza są duże, waga jego wynosi 60 g.

Należy podkreślić ogromną rzadkość występowania włókniaków jamy nosowo-gardłowej w wieku starszym w ogóle i u starszych mężczyzn w szczególności. Z piśmiennictwa zebrałem zaledwie 13 przypadków włókniaków jamy nosowo-gardłowej w wieku od 40—70 lat, w tym tylko 1 przypadek, opisany przez Grossa, dotyczył mężczyzny 53-letniego.

Dyskusja:

Prof. dr T. Wąsowski do przypadku dra J. Świtka: Przypadek przedstawiony przez dr Świtka należy do bardzo rzadkich; statystyka Arnoldsona obejmuje 9 podobnych przypadków, a w Klinice Wileńskiej jest to pierwszy przypadek.

Zapalenie ropne w szczycie piramidy daje zespół objawów Gradeni'ego, a mianowicie: ropne zapalenie ucha środkowego, zajęcie nerwu trójdzielnego oraz porażenie nerwu odwodzącego; tego ostatniego objawu w przedstawionym przypadku nie było.

Zakażenie piramidy idzie wzdłuż trąbek. U dzieci sprawa mija często bez otwarcia ropnia.

Istnieją następujące drogi poszukiwania ropnia:

1) francuska (Ramadier) przez jamę bębenkową i dokoła trąbek w kierunku tętnicy szyjnej wewnętrznej;

2) szwedzka (Anderson) przez łuskę kości skroniowej do dołu środkowego czaszki;

3) droga obrana w niniejszym przypadku wzdłuż górnej ściany piramidy, a potem ku tyłowi, gdzie znaleziono ropień.

Do przypadku dra Prużańskiego: o ile podobne włókniaki zdarzają się wśród młodzieży często, o tyle w wieku starszym i to u mężczyzn, są wyjątkowo rzadkie.

Włókniaki starcze nie są jak włókniaki młodzieńcze, krwotoczne; w przypadku przedstawionym nawet nie podwiązywano tętnicy szyjnej zewnętrznej.

Prof. dr T. Wąsowski *przedstawia chorą N. D., 53-letnią, po operacji otwarcia ropnia mózgu.* W styczniu 1936 r. chora przebyła anginę powikłaną ropnym zapaleniem ucha środkowego lewego, zagojonym po 5 tygodniach. Odtąd skarżyła się na stałe bóle głowy po stronie lewej i w otoczeniu ucha. Zaburzenia mowy, które wystąpiły podczas zapalenia ucha, polegające na złym wiązaniu słów, pogorszyły się przed 2 tygodniami tak, iż nie można było mowy zrozumieć. Przed 5 dniami powstała senność, a przed trzema porażenie prawych kończyn i brak mowy. Chora skierowana została na Klinikę Psychiatryczną, jako umysłowo chora. Dotychczas chorowała na dychawicę, dnę i cukrzycę. Chora nieprzytomna, ciepłota ciała 36,4°, tętno 60—64, miarowe, silnie napięte. Ciśnienie krwi 180/90. Bezwład prawych kończyn. Objaw Kerniga ujemny; źrenice szerokie, równe, żywo oddziaływują na światło. Dno oczu bez zmian. Przy nakłuciu lędźwiowym płyn wypływa lekkim strumieniem; Nonne-Appelt natychmiast silnie dodatni. Pandy silnie dodatni. Pleocytoza 25, białka 0,99‰. Cukier we krwi 199 mg%. Moenike we krwi 48 mg. W moczu ślad białka, aceton nieobecny, leukocytoza 16.000. Przy badaniu ucha lewego stwierdza się bolesność wyrostka sutkowego oraz błonę bębenkową szaro-różową, zgrubiałą, matową. Wykonano antrotomię: wyrostek o charakterze diploetycznym, z komórkami na szczycie wypełnionymi ziarniną i ropą. Zatoka przoduje, obnażona, wygląda zdrowo. *Antrum* nieduże, z ziarniną. Obnażono oponę środkowego dołu czaszki 2×5 cm. Opona nie tętni, przekrwiona. Nakłucie w kierunku przedniego płata skroniowego bez wyniku, natomiast nakłuciem w kierunku nad *antrum* wydobyto gęstą białą ropę na głębokości 2½ cm (z ropy wyhodowano paciorkowca hemolitycznego). Oponę rozcięto krzyżowo, założono dren gumowy, rany nie zaszywano. Chora, która przed operacją nie odpowiadała na pytania, po zabiegu rozumie mowę. Bezpośrednio po zabiegu i w dniach następnych zastrzyki insuliny (30 jednostek dziennie) z cukrem gronowym. W nocy po zabiegu chora niespokojna, usiłuje zerwać opatrunek. W dniach następnych chwilami wraca do przytomności. Badanie okulistyczne stwierdza tarczę zastoinową obu oczu, większą po stronie lewej. Chora nie poznaje krewnych, wymawia niezrozumiałe zdania. Na 6 dzień po zabiegu usunięto powierzchowne sączki, rana sucha, blada. Na 7 dzień po zabiegu chora odzyskała przytomność, podnosi prawą rękę dość żywo, rusza prawą nogą. W dniu następnym podniecona, zrywa opatrunek wraz z drenem, staje się agresywna względem otoczenia. Atak trwa pół godziny. Podczas opatrunku w dniu po napadzie stwierdzono kieszeń w tylnej części ropnia z obfitą wydzieliną ropną, stwierdzono również zastoinę w przedniej jego części z surowiczo-krwawą wydzieliną. Chora apatyczna przed opatrunkiem, rozmawia w czasie jego trwania, ale bez sensu. Ponowne badanie płynu mózgowo-rdzeniowego: płyn barwy różowej. Nonne-Appelt natychmiast słabo dodatni. Białka 0,72‰ w I porcji; 0,6‰ w II porcji; pleocytoza I—5, II—6, 3—4 erytrocyty w małym kwadracie I, 3—2 w II. W moczu 1% cukru, we krwi 218 mg%. Leukocytoza 12.400, wyraźne przesunięcie obrazu krwi na lewo. Napad podniecenia powtarza się po dwu dniach; chora usiłuje opuścić salę, uspokaja się po morfinie, stan rany lepszy, dren skrócono. W dniu następnym *logarrhoea*, śmiech na przemian z płaczem. Ciepłota ciała normalna, tętno do 70 na minutę, miarowe. Podczas opatrunku stwierdza się ponownie zastoinę ropy w dole poniżej pierwotnego ropnia. Ropę wypływającą pod ciśnieniem usunięto. Nazajutrz chora apatyczna, nic nie je, mocz i stolec oddaje pod siebie; podczas opatrunku — obrzmienie tkanki mózgowej, w ropniu i zachyłku przednim nieobfita wydzielina ropna. W 4 dni później chora w ogóle apatyczna, lecz chwilami odzyskuje przytomność, poznaje wtedy krewnych. W dniu następnym przytomność wyraźniejsza, zdaje sobie sprawę, gdzie się znajduje, przypomina dokładnie, poprzedzające chorobę, wypadki. Stan rany znacznie lepszy, zastoju ropy brak, ropień robi wrażenie pojedynczego. Cukru w moczu 0,3%, po czym znika z moczu zupełnie; chora przypomina sobie, kiedy dostała pierwszego zawrotu głowy oraz, że przed zaburzeniami mowy nie mogła czytać z powodu złego widzenia. Stan ropnia i rany zadowalniający. Na 26 dzień po zabiegu po raz pierwszy zaczęła czytać; dren gumowy w znacznej części wyparty z ropnia, rana obficie ziarninuje. W tym też dniu po raz pierwszy zaczęła pisać. W następnych dniach chora zupełnie przytomna, je dobrze, sen przerywany wskutek bólów głowy, bez specjalnego umiejscowienia. W dzień przechadza się; stan ropnia i rany coraz lepszy: jama ropnia kurczy się coraz więcej; w moczu cukru brak, łaknienie dobre.

Prof. dr T. Wąsowski *przedstawia chorą, W. S., lat 12, po operacji otwarcia ropnia móżdżka.* Obustronne przewlekłe ropienie ucha środkowego. W uchu lewym perlak. Od kilku dni skarży się na bóle głowy, ma wymioty. Badanie dnia 23 lutego 1936 r. stwierdza perlaka lewego ucha, bolesność wyrostka sutkowego lewego na ucisk, szept — *ad concham,* dolna granica słuchu C_{128}, górna C^4, Rinne ujemny, Weber — w prawo, Schwabach — przedłużony. Oczopląsu samoistnego brak, objawów błędnikowych i móżdżkowych brak. Następnego dnia wymioty. Stwierdzono sztywność karku, objaw Kerniga, Oppenheima, Babińskiego obustronnie. Tarczy zastoinowej nie stwierdzono. Płyn mózgowo-rdzeniowy: pleocytoza 80, białka 0,33‰, Pandy normalny, Appelt I, II, III dodatni. Dnia 24 lutego: operacja radykalna, podczas której znaleziono ropień móżdżka w przednim odcinku. Zdrenowano go na przodzie od zatoki esowatej. Po operacji wystąpił oczopląs, objawy mózgowe nieco się nasiliły. Dnia 27 lutego zmiana drenu. Obfity wyciek ropny z jamy ropnia. Dren założono. Opatrunek co drugi dzień, dren pozostał bez zmian do dnia 24 marca, tj. prawie miesiąc. Po dwumiesięcznym pobycie w Klinice chorą wypisano i leczono ambulatoryjnie. Stan dobry. W przypadku tym zasługuje na podkreślenie istnienie dużego ropnia w móżdżku, który nie dawał żadnych objawów ogniskowych, natomiast wyraźne objawy ze strony opon. W sprawie leczenia przypadek ten, jak również przedstawiony przypadek ropnia mózgu i przypadek ropnego zapalenia szczytu piramidy, wyraźnie stwierdza pożyteczność jak najrzadszych zmian drenu, przez co zmniejsza się do minimum niebezpieczeństwo zapalenia mózgu.

Dyskusja:

Dr Cz. Czarnowski przypomina przedstawiony przez siebie w T-wie Lekarskim w 1924 roku przypadek, gdzie chory przyjechał z rozpoznaniem skrętu kiszek, a gdzie okazał się ropień móżdżka. Operacja wypadła pomyślnie, ale w miesiąc po niej z powodu nawrotu wykonano operację ponownie; po 3—4 miesiącach przyszedł znowu nawrót i w związku z tym trzecia operacja. Dopiero po 11 miesiącach pobytu w szpitalu chory został wypisany i dotychczas jest zdrów.

Inny przypadek z kliniki prof. Wojaczka w Petersburgu dotyczył dziewczynki 8-letniej po operacji ropnia móżdżka. Po roku pozornego zdrowia dziewczynka ta przy zabawie skoczyła z krzesełka i padła trupem. Sekcja wykazała pęknięcie ropnia do IV komory.

Opierając się na tych przykładach, trudno jeszcze powiedzieć, że obecne przypadki są wyleczone.

Co do trudności wynalezienia miejsca ropnia, dowodzi przypadek własny ropnia lewego płata skroniowego, gdzie podczas operacji go nie znaleziono.

Ponieważ przypadek zakończył się śmiercią, na sekcji wykryto ropień przedoponowy bardzo ograniczony, tylko uciskający okolicę płata skroniowego mózgu.

Referaty:

Prof. dr I. Abramowicz: *Ciśnienie krwi w tętnicy siatkówkowej w schorzeniach ogólnych ustroju.* (Przeznaczone do druku).

Dr N. Wołkowyski: *O wartości stosowania sedalganu w cierpieniach oto-laryngologicznych.*

Na wstępie prelegent podkreśla znaczenie leczenia objawowego, zwłaszcza uśmierzania bólów. Następnie omawia skład i działanie leków przeciwbólowych, podaje obserwacje dotyczące 58 chorych, którym podawano Sedalgan. Pod względem efektu leczniczego obserwowane przypadki zostały podzielone na trzy grupy: 1) z bardzo dobrym efektem — 41 przypadków, 2) z dobrym — 15 przypadków i 3) bez efektu — 2 przypadki. W zestawieniu prelegent dochodzi do wniosku, że stosowanie Sedalganu daje pożądany skutek w postaci zmniejszenia lub uśmierzenia bólów oraz uspokojenie chorego, nie wywołując przy tym przyzwyczajenia do leku przy dłuższym jego stosowaniu. (Całość przeznaczona do druku).

W dyskusji prof dr T. Wąsowski. Ponieważ mamy niewiele środków wyrabianych w kraju, a i te nieraz są wypierane przez środki zagraniczne, należy o krajowych środkach zawsze wyrokować na podstawie opinii dużych instytucji leczniczych i bezwzględnie popierać je, jeżeli są dobre.

Wiceprezes: *I. Abramowicz.*
Sekretarz: *St. Markiewicz.*

Protokół X posiedzenia naukowego z dnia 18 maja 1936 r.

Posiedzenie otworzył wiceprezes T-wa prof. dr I. Abramowicz, wiadomością o zgonie w dniu 17 maja 1936 r. Prezesa T-wa prof. dra Wacława Jasińskiego. Zebrani uczcili pamięć Zmarłego przez powstanie, po czym przewodniczący, na znak żałoby, posiedzenie zamknął.

Wiceprezes: *I. Abramowicz.*
Sekretarz: *St. Markiewicz.*

Protokół żałobnego posiedzenia z dnia 25 maja 1936 poświęconego pamięci zmarłego Prezesa T-wa śp. prof. dra Wacława Jasińskiego.

Posiedzenie otworzył wiceprezes prof. dr Ignacy Abramowicz, po czym przemawiali kolejno:

1) w imieniu Rady Wydziału Lekarskiego U. S. B. dziekan prof. dr K. Michejda;

2) w imieniu Wil. Tow. Lekarskiego prof. dr A. Safarewicz;

3) w imieniu Wil. Oddziału Polskiego T-wa Pediatrycznego dr L. Łukowski;

4) w imieniu współpracowników Kliniki Chorób Dziecięcych U. S. B. doc. dr H. Marynowska i dr J. Zienkiewicz;

oraz 5) w imieniu Żydowskich Towarzystw „Miszmeres Chojlim" i „T. O. Z." — dr J. Fejgenberg.

Treść tych przemówień ukaże się w „Pamiętniku Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego".

Wiceprezes: *I. Abramowicz.*
Sekretarz: *St. Markiewicz.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy.

V Kongres *„de l'Association pour la documentation photographique et cinematografique dans les Sciences"* odbędzie się w Paryżu w czasie od 7—9 października br. Informacje: Dr C. Claoue, 39, rue Scheffer, Paris.

Zjazd Jugosłowiańskiego Tow. Ortopedycznego odbędzie się w dniach 17 i 18 października br. w Belgradzie. Referat programowy: Zwichnięcie wrodzone biodra. Referenci: Leczenie bezkrwawe — doc. Jovcić. Leczenie krwawe — prof. Zahradniczek z Pragi. Poza tym omawiane będą urazy kości i stawów podczas wojny i tematy wolne. Prezydium Zjazdu jak najserdeczniej zaprasza Kolegów z Polski. Zgłoszenia: Doc. dr Jovcić — Belgrad, Jevremowa 36.

Różne.

Z kraju.

Choroby zakaźne w Polsce w czasie od dnia 11 lipca do 7 sierpnia 1937.

Choroba	Tydzień 29 11—16/VII	Tydzień 30 17—24/VII	Tydzień 31 25—31/VII	Tydzień 32 1—7/VIII
Ospa	—	—	—	—
Dur brzuszny	357 *30*	335 *26*	394 *28*	416 *21*
Dury rzekome	—	—	—	—
Dur plamisty	18 *1*	13	10	13 *3*
Dur powrotny	—	—	—	—
Czerwonka	108 *3*	123 *17*	178 *7*	187 *31*
Płonica	348 *6*	327 *4*	393 *10*	370 *5*
Błonica	197 *10*	218 *6*	249 *11*	257 *23*
Nagm. zap. opon m.-rdz.	24 *8*	23 *6*	15 *10*	21 *7*
Odra	216 *5*	188	148 *2*	143 *3*
Krztusiec	99 *8*	126 *8*	127 *6*	120 *7*
Zimnica	14	15	13	4
Zakażenie połogowe	31 *4*	29 *5*	19 *5*	34 *5*
Choroba Heine-Medina	15 *1*	4	9 *1*	6 *1*
Nagm. zap. mózgu	—	—	—	—
Choroba Banga	—	—	—	—
Trąd	—	—	—	—
Gruźlica	524 *229*	494 *207*	547 *227*	549 *181*
Róża	136 *6*	99 *2*	124 *5*	120 *1*
Jaglica	477	319	303	324
Twardziel	7	—	—	1
Wąglik	—	5	4 *1*	11
Nosacizna	—	—	—	—
Włośnica	1	1	1	—
Wścieklizna	*3*	*2*	*1*	—

Liczby drukiem pochylonym oznaczają zgony.

Sprostowanie.

W nr 27. P. G. L. (zjazdowym) w art. na str. 523 pt.: „Krótki zarys historii Szpitala Psychiatrycznego w Kulparkowie" w ustępie o dyrektorach Zakładu opuszczono nazwisko dra Ignacego Fuhrmana, który w czasie od 1. VIII. 1929 do 31. X. 1929 r. był delegowany przez Min. Spr. Wewn. do pełnienia obowiązków dyrektora tegoż Zakładu.

W art. dra Englandera w Pol. Gaz. Lek. Nr 33—34 1937 na str. 644, szpalta prawa, trzeci wiersz od dołu zamiast *„przychodzą"* powinno być *„przynoszą"*.

W nr 35 Pol. Gaz. Lek. z dnia 29 sierpnia 1937 r. w artykule dra H. Długosza pt.: Tabletki „Silbe" na str. 669, lewa szpalta, wiersz 19—21 od góry, ma być: „jednak dalej nie można *było* stosować tabletek „Silbe" ze względu na duży niepokój chorego z powodu *braku* natychmiastowego działania".

Redakcja otrzymała:

Réunions Médico-chirurgicales de Morphologie. Compt. rend. des Séanc. Nr 6. 1937.

The Quartz Lamp. Vol. VI. Nr 4. 1937.

M. Gantz: Klinika początkowych postaci gruźlicy płuc. Wyd. „Ars Medici". Warszawa 1937.

O. M. Chiari: Arzneiverordnungen des Chirurgen. Wyd. Urban-Schwarzenberg. Berlin-Wiedeń 1937. Cena: 4.50 RM.

A. Biernacki: Badanie morfologiczne krwi w gruźlicy. Wyd. Pol. Zw. Przeciwgruźl. Warszawa 1937.

Ambix, The Journal of the Society for the Study of Alchemy and Early Chemistry. Vol. I. Nr 1. 1937.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 12.—

za granicą . . . . zł 18.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.